FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1913 — THÈSE — N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

JEAN LEBOSSÉ

Né à Versailles le 10 Avril 1886

LES MÉTASTASES SOUS-CUTANÉES DANS LE CANCER ÉPITHÉLIAL

Président : M. MAURICE LETULLE, *Professeur.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1913

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M.	LANDOUZY.
Professeurs	MM.	
Anatomie		NICOLAS.
Physiologie		Ch. RICHET.
Physique médicale		WEISS.
Chimie organique et Chimie générale		DESGREZ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales		ACHARD.
Pathologie médicale		WIDAL. TEISSIER.
Pathologie chirurgicale		LEJARS.
Anatomie pathologique		MARIE (Pierre).
Histologie		PRENANT.
Opérations et appareils		Anguste BROCA.
Pharmacologie et Matière médicale		POUCHET.
Thérapeutique		MARFAN.
Hygiène		CHANTEMESSE.
Médecine légale		THOINOT.
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie		LETULLE.
Pathologie expérimentale et comparée		ROGER.
Clinique médicale		DEBOVE. LANDOUZY. GILBERT. CHAUFFARD.
Maladies des enfants		HUTINEL.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encephale		BALLET (Gilbert).
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux		DEJERINE.
Clinique chirurgicale		DELBET. QUENU. RECLUS. HARTMANN.
Clinique ophtalmologique		DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires		LEGUEU.
Clinique d'accouchements		BAR. PINARD. RIBEMONT-DESSAIGNES.
Clinique gynécologique		POZZI.
Clinique chirurgicale infantile		KIRMISSON.
Clinique thérapeutique		ROBIN (Albert).

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
ALGLAVE.	GUENIOT.	LERI.	RICHAUD.
BERNARD (Léon).	GUILLAIN.	LOEPER.	ROUSSY.
BRANCA.	JEANNIN.	MAILLARD.	ROUVIERE.
BRUMPT.	JOUSSET (A.).	MOCQUOT.	SAUVAGE.
CAMUS.	LABBE (Henri).	MULON.	SCHWARTZ (A.).
CASTAIGNE.	LAIGNEL-LAVASTINE.	NICLOUX.	SICARD.
CHAMPY.	LANGLOIS.	NOBECOURT.	TANON.
CHEVASSU.	LECENE.	OKINCZYC.	TERRIEN (F.).
COUVELAIRE.	LEMIERRE.	OMBREDANNE.	TIFFENEAU.
DESMAREST.	LENORMANT.	RATHERY.	VILLARET.
GOUGEROT.	LEQUEUX.	RETTERER.	ZIMMERN.
GRÉGOIRE.	LEREBOULLET.	RIBIERRE.	

Le Secrétaire de la Faculté : DESTOUCHES.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

27

A MES PARENTS

Hommage très respectueux.

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/metastasessouscu0027jean

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

1907-1908. M. le Professeur BERGER *(in memoriam)*.
— M. le Docteur BARTH.
— M. le Professeur agrégé VAQUEZ.
1908-1909. M. le Professeur SEGOND *(in memoriam)*.
— M. le Docteur BARIÉ.
1909-1910. M. le Professeur LETULLE.
— M. le Docteur DUJARIER.

Externat

1910-1911. M. le Docteur LAUNAY.
1911-1912. M. le Docteur MATHIEU.
— M. le Docteur DOLÉRIS.
1912-1913. M. le Docteur TRIBOULET.
— M. le Professeur agrégé GOUGET.

A MES AUTRES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MM. les Docteurs AUBERTIN, BENSAUDE, GUILLEMOT et P.-E. WEILL, médecins des hôpitaux.
M. le Docteur VEAU, chirurgien des hôpitaux.
M. le Docteur CATHALA, accoucheur des hôpitaux.
M. le Docteur ISELIN.
M. le Docteur DE MARTEL.

A M. le Professeur RIBEMONT-DESSAIGNES.
A M. le Professeur agrégé PIERRE DUVAL, chirurgien des hôpitaux.
A MM. les Docteurs J.-CH. ROUX et LABOULAIS.
A M. le Docteur CHARLES LEGRAND, médecin de l'hôpital civil de Versailles.
A M. le Docteur CHARLES ROBERT.

AVANT-PROPOS

Nous avons eu l'occasion, à l'hôpital Tenon, de voir, en juillet dernier, une femme atteinte de cancer du sein ; ce cancer s'était généralisé, au point que la malade présentait cent treize nodules sous-cutanés disséminés dans les parois thoracique et abdominale. M. le professeur agrégé Gougeï voulut bien attirer notre attention sur ce fait, en nous signalant la rareté des métatases sous-cutanées dans le cancer. Nous le remercions bien vivement de nous avoir inspiré le sujet de cette thèse et nous adressons également à M. le docteur Aubertin, qui a bien voulu s'intéresser à notre travail, tous nos remerciements.

M. le professeur Letulle a accepté la présidence de cette thèse ; nous le prions d'agréer l'expression de notre plus sincère reconnaissance.

DÉFINITION

Les métastases sous-cutanées dans le cancer épithélial peuvent se présenter sous des formes assez variées et différentes les unes des autres. Aussi il importe de bien définir ce que nous avons voulu comprendre sous ce titre et quelles sont exactement les variétés de métastases que nous avons en vue.

On entend par métastases cancéreuses les propagations à distance d'un cancer primitif, siégeant en un point quelconque de l'organisme. Mais les métastases véritablement rares sont celles qui apparaissent en un point suffisamment éloigné du cancer primitif ; ce sont celles-là dont nous parlerons, éliminant d'autres cas plus fréquents, où la propagation cancéreuse est relativement rapprochée de la lésion initiale ; c'est ainsi que l'on a décrit déjà un grand nombre de faits de propagation du cancer du sein à la paroi thoracique environnante.

D'autre part, Quénu et Longuet, en 1896, dans la *Revue de Chirurgie*, ont rassemblé tous les cas publiés sur le cancer de l'ombilic secondaire à un cancer abdominal.

Enfin, les métastases situées au niveau du point de ponction de la plèvre ou du péritoine, ou bien sur le trajet d'une

cicatrice opératoire, sont des faits également fréquents que nous ne rappellerons pas ici.

Les généralisations sous-cutanées se présentent sous la forme de nodules que nous étudierons en détail, qui se trouvent libres dans le tissu cellulaire sous-cutané, sans adhérences, au début du moins, avec les plans profonds ni avec la peau ; ce siège nous permet d'éliminer les métastases nettement cutanées, dont Bourquelot, en 1910, a signalé trois cas dans sa thèse : l'un de Maunoury (1875), les deux autres recueillis dans le service de M. Mathieu. Ces métastases cutanées sont également rares, mais revêtent une allure clinique différente des métastases sous-cutanées.

Nous éliminerons encore les adénopathies cancéreuses qui sont aujourd'hui un fait bien connu.

Le caractère principal de toutes les tumeurs malignes, quelle que soit leur origine, est de se généraliser ; nous n'étudierons ici que les métastases sous-cutanées d'origine épithéliale, qui se présentent sous une forme spéciale, au point de vue clinique, comme au point de vue histologique.

HISTORIQUE

Le premier cas publié de métastases sous-cutanées, dans le cancer du sein, semble devoir être attribué à Velpeau. Cet auteur raconte l'histoire d'une femme, qu'il aurait vue pour la première fois en 1847, et qui aurait refusé à cette époque de se laisser opérer d'un cancer du sein droit. Trois ans après, la même malade revue par Velpeau aurait présenté des métastases cancéreuses multiples, en particulier dans les téguments de la tête, du cou, du thorax, des cuisses et des jambes.

Hutinel, en 1874, rapporte un cas semblable de généralisation sous-cutanée de cancer du sein, et plus récemment, en 1908, Ménétrier et Clunet signalent un cas de généralisation au cuir chevelu. Nous pouvons joindre à ces observations celle que nous avons recueillie dans le service de M. Gouget, dans laquelle notre malade, atteinte d'un cancer du sein, ne présente pas moins de 116 nodules sous-cutanés répartis dans les téguments.

Dans ces divers cas, les métastases viennent aggraver le pronostic, mais se rattachent d'emblée, et sans nul doute, à la lésion primitive, le cancer du sein, facilement accessible à l'examen clinique. Ces métastases présenteront un intérêt plus grand, si le cancer primitif reste caché.

Il semble bien que, de tous temps, les métastases sous-cutanées aient existé et ne soient pas restées ignorées des auteurs ; Moreau en 1842, Vidal en 1853, signalent semblables métastases dans le cancer de l'estomac ; mais on n'avait pas songé, peut-être, à rapprocher d'une lésion primitive les nodules cancéreux sous-cutanés, et c'est Millard qui le premier, en 1859, attira l'attention sur ce fait. Son malade se plaignait de douleurs gastriques, et les hématémèses avaient déjà fait penser à un néoplasme, lorsque l'on sentit bientôt, sur les limites de l'hypocondre droit et de l'épigastre, deux petites tumeurs superficielles ayant le volume et la forme d'une amande, et qui s'étaient développées très rapidement à la face profonde de la paroi abdominale. La présence de ces tumeurs métastatiques vint confirmer le diagnostic de cancer de l'estomac qui fut constaté dans la suite à l'autopsie. C'est d'ailleurs dans le cancer de l'estomac que les métastases sous-cutanées sont relativement le plus fréquentes : nous retrouvons, dans le *Bulletin de la Société anatomique*, les cas de Liouville (1874), Merklen (1876), Reguault (1887), Faroy (1909) ; les observations de Mazaud, dans sa thèse de Paris 1877 ; de Fernet (1888), dans la *France médicale* ; de Mirallié (1888), dans la *Gazette médicale de Nantes* ; de Laboulais, dans la thèse de Bourquelot ; la littérature allemande renferme les cas de Seitz (1886), de Conheim, de Roeseler (1879), de Brieger (1881), de Gœbell (1899), les deux cas de Krasting (1906), ceux de Bleichroeder et Daus (1907).

Pour les autres segments du tractus digestif, on rencontre les cas de Krasting (1906) pour le cancer du pharynx ; de Lévi (1897), Pigger et Gouget (1909) pour le cancer de

l'œsophage ; de Laboulais (1910), pour le cancer du duodénum ; de Fernet (1889), pour le cancer du cæcum ; de Lejars (1903), pour le cancer de l'appendice ; de Kayser (1903) et Redlich (1907), pour le cancer du gros intestin ; enfin, de Lustgarten (1896), Lereboullet, Quénu (1899) et Simon (1900), pour le cancer du rectum.

Si nous voulons compléter les cas de cancers thoraciques qui ont amené des métastases sous-cutanées, nous citerons les faits de Sænger (1901) et Schmidt (1904), pour le cancer du médiastin ; de Redlich (1907), Stropeni (1909), pour le cancer des bronches ; de Japha (1892), Heimann (1898), Krasting (1906), Handford, pour le cancer des poumons ; de Boinet et Olmer (1903), pour le cancer de la plèvre. Parmi les cancers abdominaux, lorsque nous aurons cité Lancereaux (1861), pour le cancer du péritoine, Dahms et Preti (1909), pour le cancer du pancréas, Chaillous (1897), pour le cancer des glandes surrénales, il nous restera encore à signaler les cas de cancer de l'utérus et de l'ovaire qui sont, avec le cancer de l'estomac, les néoplasmes présentant le plus fréquemment des généralisations sous-cutanées.

Pour les cancers utérins : Hanot (1873), Dubreuilh (1889), Freund (1898), Gebhard (1901), Petersen (1904) ; pour le cancer de l'ovaire : Spiegelberg (1859), Brieger (1881), Frank (1891), Emanuel (1893).

A ces divers cas, nous pouvons encore joindre ceux de Harrison (1843) et de v. Recklinghausen (1897), qui signalent des métastases sous-cutanées secondaires à un cancer ganglionnaire, et celui de Charcot, dans lequel le néoplasme primitif siégeait au niveau de la colonne vertébrale.

Tels sont les divers cas que nous avons pu recueillir ; on voit combien la généralisation sous-cutanée est peu fréquente, si l'on rapproche le nombre de ces observations de la quantité considérable de cancers que dénoncent les statistiques.

ÉTIOLOGIE

Les métastases sous-cutanées surviennent généralement chez un individu âgé de 45 ans environ ou plus. Cet âge est celui du cancer et, si nous voulons établir une étiologie des métastases sous-cutanées, nous serons obligés de rappeler l'étiologie, peu précise d'ailleurs, du cancer, dont les métastases ne sont qu'une complication ultime. Toutefois, si les nodules métastatiques apparaissent à un âge avancé, ils surviennent généralement vers la fin de la maladie ; en effet, lorsque les auteurs ont pu noter exactement le temps qui s'écoulait entre l'apparition des nodosités sous-cutanées et la mort du malade, on a constaté que ce temps ne dépassait jamais douze mois.

Le sexe féminin serait, d'après les statistiques, le plus touché par le cancer, mais il ne faut oublier que les cancers du sein et de l'utérus, très nombreux, sont propres à la femme.

L'hérédité semble jouer un rôle ; on a souvent remarqué plusieurs cas dans la même famille et, d'après Paget, un cancéreux sur trois serait un cancéreux héréditaire. Cependant, cette hérédité ne serait pas fatale comme l'est par exemple celle de la syphillis et l'on peut dire, plutôt, avec Hutchinson, qu'il y a hérédité, non pas du cancer, mais

de la constitution apte à la dégénérescence cancéreuse, que cette constitution soit ou non l'arthritisme comme l'ont prétendu certains auteurs.

Quénu a résumé les causes locales possibles du cancer, en disant que tout changement apporté, soit à la situation, soit à la structure normale d'un organe ou d'une portion d'organe y crée une prédisposition au néoplasme et que toute irritation prolongée d'un revêtement épithélial favorise la tendance de celui-ci à devenir le point de départ d'un épithéliome.

Les causes directes du cancer nous intéressent plus particulièrement, car elles nous aideront, peut-être, à expliquer la généralisation du cancer.

On peut rappeler, brièvement, la théorie de Thiersh ; cet auteur prétend qu'il existerait à l'état normal, entre les cellules épithéliales et les tissus sous-jacents, une sorte de lutte incessante ; l'équilibre ne serait maintenu que grâce à l'égale activité des deux tissus. Dans la vieillesse, les tissus sous-épithéliaux subiraient les effets affaiblissants de l'âge, tandis que les épithéliums, conservant leur énergie et ne trouvant plus la même résistance, envahiraient le tissu conjonctif et y végéteraient. Cette théorie, qui ne représente qu'une hypothèse dont la vérification semble difficile, n'a jamais eu beaucoup de partisans. Elle a cédé le pas à deux autres théories qui se disputent aujourd'hui la priorité, la théorie parasitaire et la théorie cellulaire.

La théorie parasitaire ou exogène, très séduisante à première vue, ne repose, dit Darier, sur aucune base certaine. Ses partisans amenaient tout d'abord des preuves cliniques, faisant remarquer que les parties les plus exposées à l'infec-

tion étaient les plus atteintes : bouche, estomac, rectum, utérus, sein ; ils soulignaient les faits rapportés de contagion : femme de cancéreux devenant cancéreuse, maisons, parties de ville vouées au cancer ; mais ces faits, d'ailleurs bien restreints, ne sont-ils pas simplement l'effet du hasard? L'inoculation leur semblait également la preuve de la présence d'un parasite, obligeant le chirurgien à inciser largement, de crainte d'inoculer une région saine avec le bistouri qui a pénétré dans la région malade. La preuve, enfin, qui semblait irréfutable aux partisans de cette théorie, était la constatation dans la tumeur cancéreuse d'un microbe spécifique. La découverte des agents de la tuberculose et de l'actinomycose avait encouragé les bactériologistes, mais aucun des microbes du cancer qu'on a décrits jusqu'ici n'a résisté à la critique. Rappin cultive des microcoques, Scheurlen isole et cultive la bactérie du cancer et inocule un liquide de culture, reproduisant ainsi le néoplasme. Les coccidies que Pfeiffer, puis Darier et Albarran avaient cru trouver, ne sont, de leur propre avis, que des formes de dégénérescence cellulaire. Actuellement, on étudie le cancer des souris et autres animaux, qui est inoculable et indéfiniment transmissible par greffe aux animaux de même espèce, sans avoir pu encore en isoler le parasite. Borrel a signalé récemment la présence habituelle du demodex dans les petits épithéliomes de la figure.

La théorie cellulaire ou endogène qui invoque avec Conheim et Ribbert les germes embryonnaires et l'hétérotypie cellulaire ou bien la déséquilibration des éléments avec leur fécondation incestueuse, selon Hallion, n'explique pas davantage l'origine du cancer.

Quoi qu'il en soit, nous allons suivre les cellules épithéliales cancéreuses, que le microscope nous montre dans la tumeur primitive comme dans la tumeur secondaire, et nous allons chercher à connaître par quelles voies se fait la généralisation.

PATHOGÉNIE

Les cancers épithéliaux, plus que toutes les autres variétés de cancer, se disséminent dans l'organisme et forment des métastases en tous les points où peuvent être transportées leurs cellules. Ces migrations à grande distance s'effectuent, dit Ménétrier, par l'intermédiaire de voies préformées, que les cellules cancéreuses utilisent à la manière de cellules leucocytiques migratrices, voies de circulation lymphatique ou sanguine, ou bien cavités séreuses.

Voie lymphatique

Les cellules cancéreuses, pendant leur trajet au travers des espaces conjonctifs, rencontrent les canaux lymphatiques et y pénètrent ; la raison en est, d'après Cornil et Ranvier, que les alvéoles du carcinome sont en pleine communication avec les vaisseaux lymphatiques ; pour Ménétrier, les cellules cancéreuses jeunes posséderaient les mêmes propriétés diapédétiques que les leucocytes. Lorsque les cellules épithéliales ont pénétré dans les voies lymphatiques, elles peuvent les traverser simplement, comme les éléments de la lymphe, et se trouver ainsi transportées jusqu'au ganglion le plus proche ; mais, le plus souvent, elles prolifèrent

dans le vaisseau lui-même, le distendent et y constituent une première métastase conformée suivant le type originel du cancer.

Autrefois, on a discuté sur le mode de production de cette infection lymphatique et admis une transformation cancéreuse des endothéliums ; aujourd'hui, on reconnaît sans contester, la réplétion, par les cellules épithéliales émigrées, des conduits lymphatiques dilatés. Ces réseaux lymphatiques, distendus par les cellules cancéreuses, deviennent visibles à l'œil nu et se voient particulièrement bien sur les surfaces séreuses du péritoine et de la plèvre. Qu'elles y soient directement transportées ou qu'elles y parviennent après prolifération sur toute la longueur des canaux lymphatiques intermédiaires, les cellules épithéliales s'arrêtent dans le premier ganglion qu'elles rencontrent et cela constitue le premier stade de l'infection lymphatique. Dans le ganglion, les cellules pénètrent par les conduits afférents et se répandent, comme la lymphe, dans les sinus du ganglion. C'est là que l'on rencontre les premières cellules épithéliales. C'est là que se forment les métastases par multiplication des cellules émigrées. Les cellules épithéliales, en proliférant, forment une nouvelle tumeur dans le ganglion ; au niveau de cette tumeur, le tissu ganglionnaire complètement envahi est remplacé par un tissu semblable à celui du néoplasme primitif et souvent même présentant avec une netteté plus grande les caractères de son type originel. De ce premier foyer ganglionnaire partiront de nouvelles cellules par la voie des lymphatiques efférents ; cheminant de proche en proche, elles iront infecter les ganglions voisins, y formeront de nouveaux foyers, atteindront des gan-

glions de plus en plus éloignés et finalement, rejoignant le canal thoracique, pourront alors se déverser dans le courant sanguin. Dans l'envahissement des réseaux lymphatiques, la progression se fait donc des troncs lymphatiques aux ganglions de la région, de là aux ganglions éloignés et, finalement, au système circulatoire sanguin.

L'envahissement se fait habituellement suivant le cours de la lymphe, mais la métastase rétrograde est extrêmement fréquente dans les voies lymphatiques.

Le fait se conçoit facilement : dans un ganglion envahi par la prolifération épithéliale, les voies de circulation finissent par être complètement oblitérées et il en résulte un obstacle absolu à la progression de la lymphe qui sera obligée de refluer avec les cellules cancéreuses qu'elle transporte ; c'est ainsi que s'établissent des courants anormaux qui peuvent reporter l'infection dans les ganglions situés en amont du siège primitif du cancer. D'autre part, il peut arriver que des ganglions éloignés du siège du néoplasme soient intéressés, sans lésions apparentes des voies intermédiaires ; cela provient, comme l'ont démontré Troisier, puis Belin, de particularités dans le régime de la circulation lymphatique, amenant, par exemple, l'invasion des ganglions sus-claviculaires gauches, dans le cancer de l'abdomen. Les connexions du canal thoracique à sa terminaison avec le groupe des ganglions de l'angle sterno-claviculaire, expliquent le transport des cellules néoplasiques et les inégalités de pression vasculaire au niveau du confluent du canal thoracique dans la veine jugulaire, rendant compte du reflux éventuel dans les ganglions voisins des cellules émigrées jusque-là.

En dehors de ce transport des cellules néoplasiques jusqu'aux ganglions du cou et jusqu'à la jugulaire, le bourgeonnement pariétal des cellules cancéreuses peut amener l'oblitération du conduit. Celle-ci peut survenir également par suite d'une réaction végétante de la paroi, provoquée par la thrombose néoplasique et qui transforme la cavité en cordon fibreux, solide ; il persiste seulement des îlots de cellules épithéliales, au milieu du tissu fibreux néoformé. L'infection généralisée du système lymphatique qui en résulte se comprend facilement, l'oblitération du canal thoracique ayant déterminé une stase générale de la lymphe dans laquelle les cellules épithéliales se sont indéfiniment multipliées.

Voie sanguine

L'invasion du système circulatoire sanguin peut résulter de la pénération des cellules épithéliales par le canal thoracique, comme nous l'avons dit plus haut ; mais, souvent, les veines sont envahies à leur origine dans la tumeur. Souvent même, les gros troncs veineux sont pénétrés par les cellules épithéliales, qui dissocient leurs tuniques, arrivent à la surface interne et bourgeonnent dans la cavité. Ce bourgeonnement peut s'étendre assez loin et remonter la veine cave jusqu'au cœur droit. Plus souvent, des cellules épithéliales isolées sont emportées par le courant sanguin et s'arrêtent dans le premier réseau capillaire qu'elles rencontrent.

Dans les réseaux sanguins comme dans les ganglions lymphatiques, une première métastase donne lieu à de nouvelles. Des cellules détachées sont emportées par le cou-

rant sanguin traversant les cavités cardiaques et vont s'emboliser dans les réseaux capillaires du poumon ; il se forme de nouvelles métastases à ce niveau, et les cellules épithéliales arrivées aux origines de la grande circulation peuvent dès lors être envoyées de tous côtés. Ces étapes intermédiaires ne sont d'ailleurs pas indispensables ; des cellules jeunes, peu volumineuses, peuvent très bien traverser, sans s'y arrêter, les réseaux capillaires, comme le font les globules sanguins, et ne se fixer que dans les régions qui présentent des conditions particulièrement favorables à leur développement.

Voie des séreuses

Lorsque les cellules épithéliales sont arrivées au niveau d'une séreuse, elles peuvent s'y introduire de deux façons : tantôt elles se greffent par contact direct ; tantôt elles tombent dans la cavité de la séreuse, souvent remplie de liquide exsudé sous l'influence irritative de la tumeur. Là elles prolifèrent et vont s'implanter en des points plus ou moins éloignés. Ces cellules néoplasiques, en suspension dans les épanchements des séreuses, conservent, en effet, toute leur vitalité. Or, comme les cavités séreuses sont reliées les unes aux autres par d'intimes connexions lymphatiques, l'infection de l'une entraîne celle des autres lorsque les parois en contact sont intéressées. C'est ainsi que le cancer passe du péritoine à la plèvre par les lymphatiques du diaphragme, ou bien des plèvres au péricarde.

Ces diverses voies de généralisation jouent-elles un rôle dans la formation des métastases sous-cutanées ?

La voie lymphatique et la théorie de l'embolie rétrograde semblent vraisemblables en ce qui concerne les métastases sous-cutanées proches ; mais il est plus probable que pour les généralisations éloignées le système vasculaire tout entier doive jouer un rôle dans la dissémination des cellules cancéreuses.

En ce qui concerne la voie des séreuses, elle prend une part réelle dans la généralisation sous-cutanée. Parmi les cas que nous avons recueillis, nous avons trouvé onze fois un épanchement pleural ou péritonéal. Dans l'observation de Hanot (obs. LIV), on signale même la présence de prolongements filiformes grisâtres allant, des nodosités, se perdre dans le médiastin antérieur. Ces prolongements sont-ils bien des traînées de lymphangite cancéreuse réunissant les noyaux sous-cutanés à la plèvre envahie? Cette question des communications des cavités séreuses et des capillaires lymphatiques n'est pas encore définitivement résolue. Les histologistes modernes expliquent plutôt le passage du liquide des séreuses dans les réseaux lymphatiques par la perméabilité de leur endothélium et nient l'existence de ces communications.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les métastases sous-cutanées se présentent sous la forme de nodules siégeant dans le tissu cellulaire sous-jacent à la peau. Quelquefois, ces nodules sont complètement libres dans le tissu cellulaire, ne contractant d'adhérences ni avec les plans profonds, ni avec les plans superficiels ; d'autres fois, les nodosités adhèrent, soit au plan musculo-aponévrotique, empêchant alors la tumeur de rouler sous le doigt, soit à la peau, limitant ainsi la mobilité de cette peau sur le nodule. Ce n'est d'ailleurs qu'un stade différent de l'évolution, car chaque nodosité libre au moment de son apparition a une tendance à contracter dans la suite des adhérences avec les divers plans qui l'entourent. C'est ainsi que l'on peut trouver, chez un même sujet présentant un grand nombre de nodules, les diverses formes que nous venons d'énumérer ; c'est le cas de notre observation personnelle (obs. IV), dans laquelle la malade possède cent seize nodules disséminés dans les parois thoracique et abdominale, parmi lesquels la plupart sont libres dans le tissu cellulaire, quelques-uns adhèrent au plan musculo-aponévrotique, un seul, enfin, le plus gros, siégeant auprès de la colonne vertébrale, adhère à la peau que l'on ne peut plus mobiliser à son niveau.

Dans la plupart des cas, la peau qui recouvre les tumeurs garde ses caractères normaux ; cependant, on trouve quelquefois au niveau d'un nodule, généralement de plus grand volume que de coutume, une peau amincie, lisse, luisante, rougeâtre, avec de fins vaisseaux en arborisation superficielle Deux fois, nous avons même rencontré une tumeur commençant à s'ulcérer, dans l'observation de Ménétrier et Clunet (obs. III) et dans celle de Lévi (obs. XVIII). Telle serait, probablement, l'évolution de toutes ces tumeurs si le malade n'était emporté avant par les progrès de la cachexie.

Le thorax, l'abdomen, le cou, la tête et même les membres peuvent être le siège de ces localisations cancéreuses ; néanmoins, les parois thoracique et abdominale sont plus fréquemment atteintes ; nous n'avons vu de métastases au niveau de la tête que cinq fois : dans les cas de Velpeau (obs. I), de Ménétrier et Clunet (obs. III), de Saenger (obs. V), de Harrison (obs. LXIV) et dans celui de Vidal (obs. XXII) où les nodules siégeaient au niveau de la mâchoire.

Le membre supérieur n'était atteint que dans les observations de Stropeni (obs. VIII) et de Conheim (obs. XXV) ; le membre inférieur, dans celles de Velpeau (obs. I), de Lévi (obs. XVIII), de Daus (obs. XXXVII), de Kayser (obs. XLV), de Chaillous (obs. LIII) et de Frank (obs. LXII).

Le nombre de ces tumeurs est extrêmement variable ; quelquefois on n'en rencontre qu'une seule ; c'est le cas de Lévi (obs. XVIII), de Gouget (obs. XX) dans un cancer de l'œsophage ; de Lejars (obs. XLIII) dans un cancer de l'appendice ; de Lereboullet (obs. XLVII) dans un cancer du rectum ; d'autres fois il s'en trouve un nombre considé-

rable : 116 dans notre observation personnelle (obs. IV), 280 dans le cas de Daus (obs. XXXVIII). Elles sont tantôt isolées, tantôt en groupe, quelquefois même, comme dans le cas de Hanot (obs. LIV), reliées entre elles par des prolongements filiformes.

Leur grosseur varie du volume d'un grain de chènevis a celui d'un œuf de poule et les auteurs les ont comparées à des pois, des lentilles, des haricots, des noisettes ou des marrons.

A la coupe, on peut trouver un tissu gris rosé ou blanc laiteux ; si l'on racle la tranche avec le dos d'un scalpel, on ramasse, sur la lame, un suc lactescent auquel on a donné le nom de suc cancéreux ; d'autres fois, le tissu est plus dur, criant à la coupe et moins riche en suc cancéreux.

Histologie

A l'examen microscopique, on trouve des bourgeons cellulaires, mais dont les cellules sont sans cohésion, gardant uniformément un caractère embryonnaire ; elles s'éloignent assez comme apparence des épithéliums pour qu'on leur donne le nom d'épithélioïdes ou de méta-typiques ; elles sont comme infiltrées et disséminées entre les faisceaux du tissu conjonctif, tantôt sur un seul rang, tantôt en colonne, remplissant, le plus souvent, des cavités ou alvéoles à parois conjonctives en communication les unes avec les autres.

Cette disposition, qui est celle du carcinome en général, se rencontrera aussi bien dans la tumeur primitive que dans la tumeur secondaire ; mais le caractère histologique spécial du carcinome secondaire de la peau est que les masses néoplasiques constituées par des cellules, rappe-

lant celles de la tumeur originelle, sont sans connexion avec l'épiderme ; elles sont rangées en tractus ramifiés, suivant les branches vasculaires et lymphatiques, puis se creusent des alvéoles, comme nous l'avons déjà dit. Le stroma dermique n'offre, au début, presque aucun indice d'un travail réactionnel, mais, plus tard, il se sclérose et se rétracte.

Examen du sang

Le sang est également le siège d'altérations dans le cas de carcinome. Lucke aurait trouvé dans le sang des cancéreux des petites cellules fusiformes ; mais les travaux d'hématologie ont surtout pour objet de rechercher si le carcinome n'apporte pas de modifications au nombre des éléments figurés et en particulier au nombre des globules blancs. Après Andral, Chaillous, Sappey, etc., Hayem a constaté l'augmentation de ces globules chez les cancéreux. En évaluant à 6,000 le nombre des leucocytes par millimètre cube chez l'individu normal, Hayem a trouvé que ce chiffre s'élevait en moyenne à 11,400 chez des malades atteints de cancer du sein ; la leucocytose était au contraire insignifiante dans les cas d'épithéliome non glandulaire. Dans l'observation de Preti (obs. LII), cas de cancer du pancréas, le nombre des leucocytes était de 21,000.

D'après Ménétrier, il existe toujours de l'anémie, même dans les cas de cancer où il se trouve peu de causes anémiantes comme des hémorragies ; le nombre des globules rouges tomberait à 2,500,000 ou 3,000,000. Dans les observations de Schmidt (obs. VI) et de Stropeni (obs. VIII), le

nombre des hématies était de 4,000,000 ; dans celle de Preti (obs. LII), il était de 2,400,000.

Quinquaud a recherché quelle est l'influence du cancer sur la richesse du sang en hémoglobine ; il conclut que de toutes les maladies ce sont la carcinose et la chlorose qui en font le plus baisser le chiffre. A l'état normal, 1,000 grammes de sang humain renferment 125 grammes d'hémoglobine ; or ce chiffre peut descendre dans le cancer à 28 grammes et même à 25, alors que les malades n'ont eu que des hémorragies insignifiantes.

Examen des urines

D'après Rommelaere, médecin belge, il y aurait dans les urines du cancéreux, diminution à la fois dans le chiffre de l'urée et dans la proportion des phosphates ; il y a, suivant son expression, hypoazoturie et hypophosphaturie. Le chiffre de l'urée tomberait à 15 et au-dessous, celui des phosphates de 2 gr. 50 à 90, 80, 45 et 40 centigrammes.

Il ne faut peut-être pas admettre l'absolu de Rommelaere ; les modifications des urines des cancéreux sont réelles, mais, si leur examen est intéressant, il ne devra pas, en ce qui nous concerne, prendre l'importance d'un examen de sang et surtout d'un examen histologique.

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC

Les métastases sous-cutanées se présentent sous l'aspect de nodules situés dans le tissu cellulaire.

Le caractère principal de ces nodules est l'indolence. Le malade ne ressent aucune douleur, il n'attache jamais aucune importance à l'apparition de ces petites tumeurs et prétend même souvent n'avoir jamais remarqué leur présence ; quelquefois, cependant, elles sont un peu sensibles à la pression, mais jamais spontanément.

Il est fréquent que ces nodules soient suffisamment petits ou profonds, pour ne pas être perçus par la simple vue, mais exiger la palpation ; si l'on joint ce signe à l'absence de douleur dont nous avons parlé, on voit que ces métastases peuvent passer facilement inaperçues et qu'il importe de les rechercher systématiquement.

Au début de leur évolution, lorsque l'on palpe ces nodosités, on les trouve généralement arrondies, bien limitées, mobiles sur les plans profonds où elles roulent. La peau qui les recouvre est également mobile à leur niveau. Elles sont de consistance ferme et, le plus fréquemment, de grosseur variant du volume d'un pois à celui d'une prune.

Plus tard, ces nodules, qui augmentent rapidement de volume, sont moins bien limités ; leur adhérence avec les

plans profonds les empêche de rouler comme au début ; ils finissent même par adhérer à la peau qui, moins mobile, moins facile à plisser, fait corps avec la tumeur, se vascularise et s'ulcère. Il est bien rare, d'ailleurs, que l'état général donne aux nodosités le temps de parvenir à ce stade d'ulcération.

Nous n'insisterons pas sur le nombre et le siège des tumeurs, dont nous avons déjà parlé au chapitre de l'anatomie pathologique. Rappelons simplement que leur nombre peut varier de 1 à 300 environ et qu'elles peuvent siéger au niveau du thorax et de l'abdomen, plus rarement de la tête et des membres.

L'état général du malade est toujours modifié ; il se plaint d'amaigrissement plus ou moins considérable, n'a plus aucun appétit, perd ses forces. Son aspect est caractéristique : sa peau est sèche et décolorée, son teint jaune paille.

L'époque à laquelle apparaissent les noyaux métastatiques est très diversement appréciée : Sprengel, Winivarter, Fink prétendent que les métastases sous-cutanées apparaissent deux ans, Henry et Oldekop, trois ans après le début du cancer du rectum. Il semble que ces chiffres soient raisonnables et puissent être également attribués au cancer des autres organes. Toujours est-il que ces métastases apparaissent dans les derniers mois et même dans les dernières semaines de la vie du malade et que leur présence est de nature à assombrir considérablement le pronostic.

L'indolence des tumeurs, les signes physiques que nous avons décrits, l'état général profondément atteint du malade et son âge avancé établiront le diagnostic de tumeurs cancéreuses sous-cutanées. Mais tous ces signes peuvent ne pas

coexister et la présence d'un tableau clinique semblable devra faire éliminer un certain nombre des maladies de l'appareil tégumentaire.

Puisque la douleur fait défaut dans l'épithéliome métastatique, nous ne le confondrons pas avec les névromes très douloureux et les myomes qui se développent sous forme d'élevures rosées, disséminées ou agminées, si sensibles à la pression qu'elles sont le siège de crises douloureuses, sous l'influence des irritations locales ou de l'action du froid.

Un certain nombre d'autres tumeurs, par leurs caractères physiques, diffèrent aussi sensiblement de nos métastases ; ce sont la gomme tuberculeuse constituée par une nodosité qui adhère parfois d'emblée à la face profonde du derme, lequel, d'une façon précoce, présente une teinte lilas ou violacée ; le ramollissement commence souvent en surface avant de gagner toute la masse indurée.

La gomme syphilitique est un nodule de consistance ferme, de la grosseur d'un pois à celle d'une noix, indolent et mobile ; mais la masse devient pâteuse, puis fluctuante, adhérente en surface, quelquefois en profondeur ; la peau rougit et s'amincit.

La sporotrichose a des lésions multiples et présente des caractères histologiques qui lui sont propres.

Le cancer mélanique a des localisations nombreuses et variées et présente, par transparence, une couleur noirâtre.

D'autres tumeurs sous-cutanées, par leur présence, n'atteignent, en aucune façon, l'état général ; tels sont les lipomes qui se développent par poussées, au nombre de 1 à 1,000, dont le volume varie de celui d'un pois à celui d'une

mandarine, de consistance molle, lobulée, parfois pseudo-fluctuante.

Les cysticerques se présentent comme de petits nodules ronds et durs, du volume d'un gros noyau de cerise, et siègent en plus ou moins grand nombre dans l'hypoderme, ne causant ni douleurs, ni réactions inflammatoires.

Le kyste sébacé, gros comme un grain de mil ou un œuf de poule, est de consistance rénitente, mollasse et même fluctuante.

Le sarcoïde hypodermique est une néoformation indolente à évolution subaiguë ou chronique, sans tendance à la généralisation, sans influence sur l'état général.

Le mycosis fongoïde est constitué par des tumeurs discrètes cantonnées dans une région ; le fibrome de volume variable paraît à n'importe quel âge.

Il existe encore une affection décrite par Recklinghausen et que l'on pourrait confondre avec les nodules carcinomateux si elle ne débutait dans l'enfance ou l'adolescence : c'est la neuro-fibromatose, maladie familiale qui évolue par poussées et persiste indéfiniment. Elle peut se présenter sous forme de tumeurs cutanées débutant dans l'hypoderme, puis venant faire hernie dans le derme et se pédiculisant, ou bien se manifeste par des tumeurs des nerfs constituées par des noyaux durs, arrondis ou fusiformes, perceptibles sur le trajet des filets nerveux sous-cutanés de l'avant-bras. Dans tous les cas, la maladie de Recklinghausen s'accompagne de troubles mentaux caractérisés par l'affaiblissement des facultés.

Enfin, la sarcomatose sous-cutanée sera difficile à différencier de l'épithéliomatose secondaire, car toutes deux

sont indolentes, atteignent l'état général et présentent à peu près les mêmes signes physiques. Cependant, la sarcomatose ne s'accompagne pas d'adénopathies appréciables. Ce seul symptôme serait insuffisant à trancher le diagnostic et c'est la biopsie qui viendra alors éclairer la clinique. D'ailleurs, dans toutes les affections que nous venons de passer en revue, il faudra toujours compléter les résultats cliniques par les méthodes de laboratoire et, en premier lieu, par l'examen histologique.

TRAITEMENT

Les divers traitements que l'on a préconisés dans la cure du cancer pourront être tentés, mais nous pouvons dire, dès maintenant, qu'en dehors de l'ablation chirurgicale et de la radiothérapie, lorsqu'elles sont praticables, toutes les autres interventions sont toujours restées infructueuses.

Le médicament le plus ancien donné aux cancéreux est la ciguë ; depuis, on a donné du mercure, de l'arsenic ou des iodures sans obtenir la moindre amélioration.

L'opothérapie n'a guère été plus heureuse avec le suc testiculaire préconisé par Brown-Séquard, le suc thyroïdien et l'extrait de thymus.

La sérothérapie semblait donner plus d'espoir et c'est ainsi que Fehleisen, ayant remarqué les bienfaits de l'érysipèle chez les cancéreux, injectait des cultures de streptocoque. Richet et Héricourt obtinrent un sérum anticancéreux : ils broyaient une tumeur enlevée par les chirurgiens ; après l'avoir additionnée d'un peu d'eau, ils l'injectaient à l'âne ou au chien dont ils recueillaient le sérum par saignée. Plus récemment, Adamkiewicks injecta de la cancroïne et Wlaeff pratiqua la sérothérapie à l'aide des blastomycètes. Ces divers sérums ne donnèrent pas encore les résultats que l'on attendait et les injections d'acide

phénique, de sublimé, d'alcool, d'acide salycilique, d'aniline, de violet de méthyle et de pyoctanine ne firent pas mieux.

Localement, on fit des applications d'acide lactique, d'acide acétique, de chlorure de zinc et d'acide chromique.

Tous ces procédés que nous ne rappelons que pour mémoire n'ont jamais donné aucun résultat intéressant. Il n'en est pas de même de la chirurgie qui a donné un grand nombre de guérisons, lorsque son intervention a été précoce. Mais, en ce qui nous concerne, il ne faut pas oublier que nous avons à faire à des cas de cancer généralisé. Faut-il admettre qu'une guérison soit possible en intervenant chirurgicalement dans ces conditions? Il n'y a pas d'observations parues à ce sujet, mais on peut prétendre que le résultat serait négatif, car la généralisation cancéreuse affirmée par les métastases sous-cutanées rend l'intervention chirurgicale illusoire. Indiquée lorsqu'il s'agit de cancer primitif localisé, elle ne l'est plus s'il s'agit de cancer généralisé.

La radiothérapie va-t-elle enfin nous donner quelque résultat? Ménétrier et Clunet (obs. III) ont traité de cette façon une femme atteinte de cancer du sein et dont les tumeurs métastatiques siégeaient au niveau du cuir chevelu. A la suite du traitement radiothérapique, les tumeurs crâniennes se mirent à diminuer petit à petit, sans aucune modification apparente des téguments, semblant fondre sous la peau. Elles n'ont pas semblé se ramollir avant de disparaître, mais elles ont diminué peu à peu, tout en gardant la même consistance. Après sept mois et demi de traitement, les tumeurs avaient à peu près complètement rétro-

cédé, laissant à leur place une peau blanche, amincie. Mais en même temps d'autres tumeurs se développaient à la nuque, sur les côtés du cou, au pubis, et l'on dut bientôt cesser le traitement à cause de la faiblesse de la malade. La cachexie alla ensuite progressivement de jour en jour et la malade fut finalement emportée. Cette observation montre bien que, dans le carcinome secondaire, le pronostic dépend bien plus de la tumeur principale et de ses généralisations ganglionnaires et viscérales que des localisations sous-cutanées, qui, elles, auraient cédé à la radiothérapie.

On a traité, récemment, les généralisations ganglionnaires du cancer par les injections intra-veineuses de sélénium colloïdal. Cette méthode, qui n'est pas encore aujourd'hui absolument au point, semble cependant avoir donné des résultats satisfaisants. Les malades traités ainsi ont vu le plus souvent leurs ganglions diminuer de volume ; peut-être en serait-il de même dans les cas de métastases sous-cutanées.

Toujours est-il que la généralisation cancéreuse réclame un traitement général et la sérothérapie sera certainement le traitement de choix le jour où l'on sera réellement fixé sur les causes et l'origine du cancer.

VALEUR CLINIQUE

Nous avons vu que l'apparition des métastases cancéreuses sous-cutanées venait, en affirmant la généralisation du cancer, assombrir complètement le pronostic. D'autre part, tout traitement étant devenu illusoire dans ces conditions, l'évolution de la maladie demeure fatale. Il y aura donc un gros intérêt à reconnaître la nature de ces tumeurs, puisque le diagnostic nous apportera un élément de pronostic d'une importance considérable.

Au point de vue purement clinique, la présence des nodules cancéreux sous-cutanés peut mettre sur la voie du diagnostic, dans le cas où quelque symptôme fonctionnel vague aurait pu faire songer à un néoplasme, sans qu'il y eût pour cela certitude. Les nodules auront servi, dans ce cas, à établir le diagnostic.

Dans l'observation de Moreau (obs. XL), un malade se plaint de troubles dyspeptiques vagues et personne ne songe au cancer de l'estomac qui ne fut trouvé qu'à l'autopsie. Le malade présentait huit ou dix tumeurs sous-cutanées dont l'examen histologique, s'il avait été pratiqué, aurait pu mettre sur la voie. Il en est de même du cas de Chaillous (obs. LIII), où l'on trouve, à l'autopsie, un cancer des glandes surrénales, tandis que le malade ne s'était plaint

que de tumeurs sous-cutanées multiples disséminées dans les téguments.

Voici donc deux cas où la présence des nodules sous-cutanés aurait pu contribuer à établir le diagnostic.

D'autres fois, la présence de ces nodules pourra servir à réformer un diagnostic erroné : Rœseler (obs. XXIX) signale le cas d'une malade dont les troubles dyspeptiques avaient été attribués à la névropathie ; l'apparition de tumeurs sous-cutanées, survenant même avant les vomissements, aurait pu permettre de corriger le diagnostic. Simon (obs. XLIX), grâce à l'apparition de ces nodules, réforme le diagnostic qu'il avait porté de tuberculose intestinale.

Quelquefois, le diagnostic est plus délicat encore, lorsqu'il s'agit de malades syphilitiques, comme ceux de Laboulais (obs. XXI) et de Mazand (obs. XXVIII) ; l'examen histologique des nodules peut seul, dans ce cas, trancher le diagnostic.

Enfin, dans tous les autres cas dont nous avons relevé les observations, l'apparition des métastases venait confirmer le diagnostic posé.

On voit par ces divers exemples que les métastases nodulaires sous-cutanées ne sont pas une simple curiosité clinique, mais qu'elles peuvent aussi aider le médecin à établir, réformer ou confirmer un diagnostic.

OBSERVATIONS

MÉTASTASES SOUS-CUTANÉES DANS LE CANCER DU SEIN

Observation I

(Velpeau. — In le Dentu et Delbet, *Traité de chirurgie*, tome VII.)

En 1847, femme présentant un petit squirrhe partiel du sein droit, refuse de se laisser opérer.

En 1850, même femme se trouve criblée de plaques ou de masses cancéreuses de la tête aux pieds. Elle en a *dans la peau*, les muscles, les ganglions lymphatiques : à la tête, au cou, à la poitrine, à l'aisselle, dans l'épaisseur des cuisses et des jambes ; tous les organes contenus dans le ventre semblent en être eux-mêmes comme lardés.

Observation II

(Hutinel. — *Bulletin de la Société anatomique*, Paris, 1874).

Femme pâle, cachectique, âgée de 62 ans, présente au niveau du sein gauche une tumeur bosselée, dure, irrégulière, fortement adhérente aux tissus sous-jacents et semblant tirer énergiquement sur les téguments du cou, de la poitrine et de l'aisselle, par des brides saillantes.

Au creux épigastrique, au-dessus de l'aine droite, à l'hypocondre

droit, au-dessus de la clavicule gauche, on trouve *dans la peau* plusieurs noyaux durs, de même nature que la tumeur du sein.

Signes de pleurésie, du côté gauche de la poitrine, sans fièvre ; œdème des jambes depuis quinze jours ; pas d'ascite.

Autopsie. — Présence, sur la portion de plèvre qui correspond à la tumeur du sein, d'un épaississement notable formant une plaque rosée, mal limitée, un peu mamelonnée à sa surface. Le corps de l'utérus est parsemé d'irrégularités, et lorsqu'on le fend, on tombe sur des noyaux arrondis, durs, d'aspect carcinomateux, qui occupent le fond de l'organe et sa paroi antérieure.

Observation III

(Ménétrier et Clunet. — *Archives de médecine expérimentale*, Année 1908, XX, p. 159.)

Femme de 60 ans, entre en mars 1906, à l'hôpital Tenon, dans le service de M. Ménétrier, présentant des récidives multiples, cutanées et sous-cutanées, d'un cancer du sein. Début du cancer, remonte à 1889. Opéré par le professeur Segond, en 1892, récidive en 1900 au niveau du sein et, 3 ans après, apparaissent des *métastases multiples du cuir chevelu*.

Au moment où le malade entre dans le service, les métastases crâniennes datent de 3 ans ; on voit alors, au niveau de la convexité du crâne, 4 grosses tumeurs à peu près hémisphériques, présentant à leur base un diamètre de 4 à 5 centimètres, dures, peu sensibles à la pression, non mobilisables sur les parties sous-jacentes et paraissant même profondément adhérentes à l'os ou à l'épicrâne ; la peau, amincie à leur surface, est lisse, luisante, rougeâtre, avec de fins vaisseaux en arborisation superficielle ; elle est complètement adhérente à la masse néoplasique et fait corps avec elle. Une de ces tumeurs est ulcérée et recouverte en partie de croûtes jaunâtres avec un peu de sécrétion.

Outre ces tumeurs principales, une vingtaine de nodosités plus petites, dont le volume varie des dimensions d'un pois à celles d'une noisette, sont disséminées autour d'elles et dans toute l'étendue du

cuir chevelu. Au niveau du sein droit, la première récidive forme une tumeur des dimensions d'une pomme d'api, adhérente à la peau et mobile sur les parties profondes, dure, non douloureuse et située à quelque distance de la cicatrice de l'intervention. Dans l'aisselle correspondante un noyau cancéreux plus petit est adhérent à la peau.

Biopsie. — Lésions d'épithéliome typique.

Traitement radiothérapique : les tumeurs craniennes diminuent progressivement, sans aucune modification apparente des téguments, semblant fondre sous la peau, qui, à aucun moment, n'a présenté de trace de rougeur ou d'érythème, ni d'un trouble irritatif quelconque. Elles n'ont pas paru davantage se ramollir avant de disparaître, mais elles ont diminué peu à peu tout en gardant la même consistance. Après sept mois et demi de traitement, les grosses tumeurs hémisphériques ont à peu près complètement rétrocédé, laissant à leur place une peau blanche amincie. Mais en même temps d'autres tumeurs se développaient à la nuque, sur les côtés du cou, au pubis.

Le 20 décembre, on cesse le traitement à cause de la faiblesse de la malade.

La cachexie alla ensuite progressivement de jour en jour et la malade fut finalement emportée par des accidents de bronchite capillaire, le 19 février 1907.

Autopsie. — Quelques nodules pleuro-pulmonaires ainsi que dans un rein

Observation IV

(Personnelle. — Recueillie dans le service de M. le professeur agrégé Gouget).

La femme E..., âgée de 78 ans, sans profession, entre le 15 juillet 1913 à l'hôpital Tenon, dans le service de M. le professeur agrégé Gouget. Elle s'est présentée, se plaignant de dyspnée intense.

Ses antécédents héréditaires ne présentent rien de particulier ; elle a eu six enfants, tous actuellement vivants et en bonne santé.

Personnellement, elle prétend n'avoir jamais eu aucune maladie,

si ce n'est un cancer du sein droit, qui remonte à 17 ans et pour lequel elle n'a jamais accepté d'intervention.

Elle se plaint d'être très gênée pour respirer depuis quelque temps ; elle ne peut dire, à peu près, de quelle époque dateraient ces troubles, mais il semble cependant qu'ils doivent remonter à peu de temps. Cette difficulté de respirer se serait installée progressivement et aurait augmenté ces derniers jours, devenant de plus en plus pénible. En dehors de cette dyspnée, la malade ne se plaint d'aucun autre trouble. Pas de point de côté, pas de toux ni d'expectoration.

Pas de palpitations de cœur ni de douleurs précordiales.

Pas de troubles digestifs.

Rien de particulier du côté de l'appareil génito-urinaire ni du système nerveux.

A l'examen, on voit qu'il s'agit d'une femme dont le facies, le thorax, l'abdomen et les membres sont considérablement amaigris. Elle est très dyspnéique et présente du tirage sus-sternal et abdominal. Il n'y a pas de modification de la voix.

L'examen des poumons ne révèle rien de particulier : à la percussion, sonorité ; les vibrations ne sont ni diminuées ni augmentées ; à l'auscultation, la respiration est normale ; il n'y a ni souffles ni bruits adventices. Dans la région hilaire, pas de souffle non plus.

Examen du cœur : pas de lésions.

Examen des organes de l'abdomen : rien de particulier.

Au niveau du sein droit on constate une tumeur du volume d'une mandarine, irrégulière, dure, adhérente aux plans profonds ; cette tumeur est ulcérée et laisse échapper quelques gouttes de liquide jaunâtre, en très petite quantité. Son apparition remonterait à 17 ans. Il existe un ganglion dans le creux axillaire du côté droit et un autre dans la fosse sus-claviculaire, du côté gauche.

D'autre part, on trouve dispersés dans les téguments de la paroi thoracique et de la paroi abdominale, en avant, et surtout en arrière, *un nombre considérable de nodules sous-cutanés ;* quelques-uns siègent également à la base du cou ; la tête et les membres seuls sont indemnes. Ces nodules, au nombre de 116 environ, sont absolument indolores ; la malade prétend même ne les avoir jamais

remarqués. Ils sont arrondis, réguliers, très durs, de contour net et bien limité. La plupart d'entre eux roulent sous le doigt ; ils sont mobiles sous la peau et sur les plans profonds ; quelques-uns, cependant, peu nombreux, adhèrent aux téguments. La peau qui les recouvre, n'a pas changé d'aspect. Leur grosseur varie du volume d'un pois à celui d'une noisette. Une seule nodosité atteint le volume d'une noix ; elle siège à droite de la colonne vertébrale, au niveau des dernières vertèbres lombaires ; de contour arrondi, elle est aplatie d'avant en arrière et immobile sur les plans profonds. La peau qui la recouvre est rouge au centre et adhérente à ce niveau.

Les jours suivants, la malade est de plus en plus dyspnéique et, le 21 juillet 1913, elle succombe.

Pendant son séjour à l'hôpital, la température est restée constamment à 37° ou 37° 2.

L'autopsie ne peut être pratiquée, la famille s'y opposant, mais on fait *l'examen histologique* de la tumeur siégeant au niveau de la colonne lombaire : on trouve dans l'hypoderme des traînées minces et allongées parallèlement à la surface de la peau. Les cellules, colorées très vivement par le réactif, sont régulières et se rapprochent en majorité du type cubique. Par places, elles semblent circonscrire des cavités allongées donnant l'impression de boyaux glandulaires. Il semble que les propagations aient eu lieu le long des fentes lymphatiques. Boyaux de traînées cellulaires allongées. L'une de ces traînées pénètre dans le derme.

MÉTASTASES SOUS-CUTANÉES DANS LE CANCER DU MÉDIASTIN

Observation V

(Saenger. — *Neurologisches Centralblatt*, 1901, p. 1089.)

Un ouvrier de 35 ans entre à l'hôpital le 17 juin 1889, atteint de diplopie, suivie bientôt d'amaurose du côté droit. Les ganglions

cervicaux et inguinaux sont augmentés de volume et infiltrés. A la partie inférieure du sternum, existe une grosse circulation collatérale. On trouve des métastases nodulaires dans les muscles du dos, du cou et de l'avant-bras à droite. On en trouve également dans *la peau de la tête*. Le malade meurt au bout de 15 jours après élévation de température et délire pendant 3 jours.

A *l'autopsie*, on trouve dans le médiastin antérieur une tumeur carcinomateuse, de la grosseur d'un poing d'enfant.

Observation VI

(Schmidt. — *Archiv für Derm. u. Syphil.*, 1904, v. 70, p. 321.)

Bertha C..., âgée de 62 ans, est amenée à l'hôpital le 19 mai 1903.

Antécédents : pas de maladies dans l'enfance ; 4 enfants bien portants.

Depuis 2 ans, petits ganglions dans les fosses sus-claviculaires.

Depuis 1 an, amaigrissement et asthénie. Essoufflement.

Etat actuel. — Taille moyenne. Femme maigre d'aspect non cachectique. Pas de fièvre. Pas d'œdème des membres inférieurs. Légère cyanose. Un peu de dyspnée. Veines très saillantes sur la partie antérieure de la poitrine. Au-dessus de chaque clavicule, il y a de gros ganglions. Il existe de la matité au niveau du manubrium du sternum.

A l'examen radioscopique, on trouve au-dessous du manubrium et s'étendant sur une longueur de deux travers de doigts, de chaque côté, une ombre très épaisse.

Cœur et appareil circulatoire : légère artériosclérose.

Sang : hémoglobine : 90 %. Hématies : 4,000,000. Leucocytes : 5,400.

Léger météorisme. Appétit modéré. Urines et selles normales.

Diagnostic : tumeur maligne du médiastin antérieur.

Le 28 juin. — Herpès zoster typique sur le trajet du nerf radial gauche.

Le 3 juillet. — Eruption herpétique an niveau de la région mammaire droite et au niveau du cou. Peu douloureuse.

Le 25 juillet. — Au niveau de la mamelle droite et du cou, apparaissent *des petites tumeurs sous-cutanées* envahissant toute la mamelle droite et tout le cou.

Le 5 octobre. — La malade meurt de cachexie.

L'examen histologique des tumeurs révèle leur nature épithéliale.

MÉTASTASES SOUS-CUTANÉES DANS LE CANCER DES BRONCHES

Observation VII

(Redlich. — *Zeitschrift f. Krebsforschung*, 1907, v. 5, p. 261.)

Malade atteint de cancer de la bronche droite. On trouve des métastases dans les ganglions lymphathiques, le foie, les reins, les surrénales, trois vertèbres dorsales, *la peau* et les muscles, le myocarde, le péricarde, la plèvre, le péritoine, la rate et le corps thyroïde.

Observation VIII

(Stropeni. — *Boll. d. Soc. med. chir. di Pavia*, 1909, v. 23.)

M... V..., âgée de 35 ans, ménagère, mariée, de Zinasco, entre le 10 décembre 1908 dans la clinique.

Aucun souvenir relatif aux grands-parents. Le père est mort à l'âge de 75 ans, la mère à 42 à la suite d'une grossesse gémellaire. La malade est la plus jeune de cinq enfants, dont une sœur morte de tuberculose pulmonaire et trois frères actuellement vivants et bien portants. Dans son enfance elle a eu la rougeole ; à 5 ans, elle a eu la diphtérie. Réglée à 12 ans. Se marie à 20 ans avec un homme sain dont elle a quatre enfants actuellement en bonne santé. A 25 ans, abcès du pharynx qui s'ouvre spontanément et guérit en

14 jours. En octobre 1907, dyspnée, point de côté à gauche, fièvre, toux sèche ; guérison en 14 jours par teinture d'iode.

De novembre 1907 à mars 1908, elle se porte bien. A cette époque la malade se plaint de douleurs thoraciques à gauche, envahissant le côté, l'épaule, puis le dos, exagérées par la respiration et la toux. La malade cesse son travail ; puis l'anorexie, la fièvre, la céphalée, lui font prendre le lit pendant 15 jours. Durant le printemps et l'été, alternatives de bien et de mal. Au début d'octobre, douleurs thoraciques, céphalée, fièvre, légère dyspnée ; toutefois, ni toux, ni expectoration. Au bout de deux semaines, la malade est améliorée et quitte le lit. Mais bientôt les mêmes douleurs reprennent la malade du côté droit, s'accompagnant de température élevée, de céphalée et de dyspnée. La douleur, localisée au niveau de la dixième côte, est exaspérée par la respiration, apaisée en se couchant sur le côté douloureux. La malade ne constatant aucune amélioration se rend, le 10 décembre, à la clinique.

Etat actuel. — Faiblesse générale, anorexie, dyspnée, douleur en arrière et à droite à la base du thorax, le long de la dixième côte. La malade a sa pleine connaissance, le facies souffrant Pas d'œdème appréciable, ni de ganglions palpables.

Température : 38. Respiration : 44. Pouls : 98

Cou et tête : rien de particulier.

Thorax : complètement asymétrique. La percussion à gauche révèle une matité remontant à l'épine de l'omoplate. Au-dessus, tympanisme.

Auscultation : à droite, quelques râles disséminés ; à gauche, respiration affaiblie partout ; souffle dans la région axillaire et râles sous-crépitants ; en arrière, respiration affaiblie jusqu'à l'épine de l'omoplate ; silence à la base. Ponction exploratrice à gauche, au niveau de la pointe de l'omoplate : on retire 2 centimètres cubes de liquide jaune citrin. Réaction de Rivalta négative.

Ponction dans le huitième espace droit : négative.

Abdomen : rien à la percussion ni à la palpation.

Poids : 44,500.

Urines : couleur jaune, quantité : 500, densité : 1,020 ; ne con-

tiennent ni albumine, ni sucre, ni sang. Sédiments : quelques cellules épithéliales, quelques leucocytes.

Fèces : jaunes brunes ; rien de particulier au microscope.

Sang : hématies : 4,000,000 ; leucocytes : 7,000.

Crachats : pas de bacilles de Koch. Présence d'éléments néoplasiques.

La malade se cachectise peu à peu. La température, normale le matin, monte, le soir, à 38°, 39°. L'appétit disparaît complètement. Dans la seconde quinzaine de novembre, on trouve des signes d'épanchement péricardique qui disparaissent en dix jours.

Vers la fin de l'année, ponction du côté gauche : on retire 2 centimètres cubes de liquide jaune ; réaction de Rivalta : positive.

Le 31 janvier, on remarque, au bras gauche, au-dessus de l'épitrochlée, *une petite tumeur* du volume d'une noisette, dure, non douloureuse ni sensible à la pression. On trouve des petits ganglions axillaires, sus et sous-claviculaires et cervicaux. Le 2 février, pendant sa toilette, dans son lit, la malade ressent tout à coup, dans la cuisse gauche, une douleur très vive. On constate la présence d'une fracture de cuisse.

Le 26 février, on remarque, sur le bord inférieur du grand pectoral, *une deuxième petite tumeur* semblable à celle du bras. *Une tumeur du volume d'une noix* existe également au niveau de la région ombilicale.

Le 15 mars, à 8 heures du matin : exitus.

L'examen histologique de la tumeur du bras montre la nature épithéliale de cette tumeur. A la suite de cet examen histologique et de l'examen clinique, on porte le diagnostic de cancer de la bronche gauche, envahissant tout le poumon correspondant ; ramollissement, cavernes et réaction pleurale ; métastases à la peau, aux ganglions lymphatiques, aux os avec fracture du fémur gauche.

L'autopsie confirme en tous points le diagnostic clinique.

MÉTASTASES SOUS-CUTANÉES DANS LE CANCER DU POUMON

Observation IX

(Japha. — Inaug. Dissert. Berlin, p. 23.)

Malade atteint d'un cancer du lobe supérieur du poumon droit. Présente *deux nodules sous-cutanés métastatiques.* L'un siège à la paroi antérieure de l'abdomen, à gauche de l'ombilic. L'autre est situé dans la paroi thoracique gauche, au niveau de la huitième côte (1892).

Observation X

(Heimann. — *Archiv für klinische Chirurgie*, 1898, v. 57, p. 911.)

Malade atteint de cancer du poumon ; on trouve des métastases dans le cerveau, le foie, la colonne vertébrale, avec compression de la moelle et *dans la peau.*

Observation XI

(Heimann. — *Archiv für klinische Chirurgie*, 1899, v. 58, p. 31.)

On trouve chez un malade présentant un cancer du poumon, d'autres organes atteints de cancer : ce sont l'intestin, les reins, le cœur, les ganglions cervicaux et *la peau.*

Observation XII

(Krasting. — *Zeitschrift f. Krebsforschung*, 1906, p. 315, 1er cas.)

Chez un malade présentant un cancer primitif du poumon, on trouve des métastases dans le système nerveux central, dans les os, les muscles et *la peau.*

Observation XIII

(Krasting. — *Zeitschrift f. Krebsforschung*, 1906, p. 315, 2e cas.)

Dans un cas de cancer du poumon, il existe des métastases au niveau des ganglions lymphatiques, des plèvres, du foie, du péritoine, du péricarde, de la rate, *de la peau* et du corps thyroïde.

Observation XIV

(Handford. — *Pathol. Transact.*, 39, p. 48.)

Malade présentant un cancer au niveau du hile du poumon droit ; on trouve des métastases particulièrement *dans la peau.*

MÉTASTASES SOUS-CUTANÉES DANS LE CANCER DE LA PLÈVRE

Observation XV

(Boinet et Olmer. — *Revue de Médecine*, 1903, p. 717.)

A... (Charles), 53 ans, journalier, dont les antécédents sont sans intérêt, est malade depuis plus de six mois. Son affection a débuté par de la toux, de la dyspnée et de l'amaigrissement. Il entre une première fois à l'hôpital le 21 août 1902 ; il est très affaibli et a un aspect assez cachectique. On constate, de plus, tous les signes d'un épanchement dans la plèvre gauche. Les autres organes ne sont pas altérés ; l'appétit est assez bon ; le malade n'a ni vomissements, ni diarrhée, ni constipation. Le foie n'est pas augmenté de volume. La température est normale, le pouls régulier à 90.

Le diagnostic de pleurésie est encore confirmé par l'examen radioscopique.

Le 27 août. — Thoracentèse : 250 grammes de liquide rouge vif, hémorragique.

Le 31 août, le malade amélioré quitte l'hôpital.

Il rentre le 5 septembre avec les mêmes symptômes que la première fois. Le diagnostic de cancer de la plèvre fut bientôt confirmé par la présence dans la région sous-claviculaire gauche de ganglions durs, indolents, roulant sous le doigt. En fin septembre, on est frappé par l'abattement et l'asthénie du malade. En outre, les téguments prennent une coloration bronzée et l'examen de la muqueuse buccale montre, sur la face interne des joues, la présence de placards pigmentaires brunâtres ; des taches analogues existent sur le gland.

Le 12 octobre, crise d'épilepsie jacksonienne, limitée au membre supérieur droit. Le malade, interrogé, se rappelle que, depuis un an, il a eu, à quatre reprises, des crises analogues.

Le 16 novembre, nouvelle attaque d'épilepsie jacksonienne.

Le 25 novembre, inégalité pupillaire.

Le 4 décembre, crise d'épilepsie.

Le 5 janvier, la cachexie a fait des progrès rapides ; on remarque à la région antérieure du thorax la présence de *plusieurs nodosités cancéreuses*, faisant saillie *sous la peau*. Les unes adhèrent au sternum, les autres aux côtes ; d'autres siègent dans l'épaisseur du muscle grand pectoral. Les ganglions lymphatiques des régions sous-claviculaire et axillaire gauches sont durs et augmentés de volume.

Le 7 janvier, le malade expectore pour la première fois quelques crachats sanguinolents, comparables à de la gelée de groseille, provenant, ainsi que nous le montre l'autopsie, de l'apparition tardive de nodules cancéreux dans le poumon, du côté opposé à la pleurésie.

Les 14 et 28 janvier, crises épileptiformes.

Le 8 février, mort au milieu de phénomènes asphyxiques.

Autopsie. — Après incision de la paroi thoracique, on constate, dans le tissu conjonctif sous-cutané qui recouvre les muscles pectoraux gauches, la présence de nombreux amas cancéreux, du volume d'un pois. On trouve des nodules analogues dans l'épaisseur du grand pectoral ; un noyau gros comme une amande siège dans le petit pectoral et adhère à la deuxième côte. Un noyau aussi volumineux, mais ramolli au centre est appliqué au niveau de la partie

antérieure du troisième espace intercostal, au voisinage du cartilage costal correspondant. Des ganglions envahis par des nodules cancéreux, assez durs, blancs jaunâtres, pauvres en suc, emplissent l'espace sous-claviculaire et le creux axillaire gauches. Dans la cavité thoracique on trouve un litre de liquide brunâtre, chocolat. La plèvre est épaissie, indurée, infiltrée en plusieurs points de noyaux cancéreux qui font saillie à sa surface.

Grand sympathique : englobé dans du tissu néoplasique.

Poumon droit : quelques noyaux cancéreux.

Estomac : induration pylorique.

Foie : quelques noyaux cancéreux.

Capsule surrénale droite : noyaux cancéreux.

Cerveau : à la partie moyenne des circonvolutions rolandiques gauches, existe un noyau cancéreux de la grosseur d'une cerise.

Examen histologique : plèvre : carcinome.

MÉTASTASES SOUS-CUTANÉES DANS LE CANCER DU PHARYNX

Observation XVI

(Krasting. — *Zeitschrift f. Krebsforschung*, 1906, p. 315.)

Homme de 72 ans, journalier, atteint de cancer du pharynx. Il y a des métastases au niveau *de la peau*, de la dure-mère et du corps thyroïde.

Observation XVII

(Krasting. — *Zeitschrift f. Krebsforschung*, 1906, p. 315.)

Homme de 62 ans, présente cancer du pharynx.

Métastases : ganglions trachéo-bronchiques et cervicaux, corps thyroïde, amygdales, poumons, rate, reins, surrénales, pancréas, épididyme droite, ganglions inguinaux, *peau de la paroi abdominale*, vertèbres dorsales, cerveau.

MÉTASTASES SOUS-CUTANÉES DANS LE CANCER DE L'ŒSOPHAGE

Observation XVIII

(Levi. — *Bulletin de la Société anatomique*, juillet 1897, p. 701.)

D... (Félix), âgé de 48 ans, entre le 9 janvier 1897, salle Grisolles, à l'hôpital Laënnec, dans le service de M. le professeur Landouzy, pour des troubles digestifs caractérisés surtout par des vomissements. Ces vomissements se produisent peu après l'ingestion des aliments ; il n'a jamais eu d'hématémèses.

On arrive à passer le cathéter œsophagien, qui, cependant, est arrêté près du cardia par un spasme à ce niveau.

Par le régime lacté et le repos, on note une amélioration sensible ; le malade engraisse ; il demande à sortir de l'hôpital à la fin de février.

A ce moment, les aliments solides mêmes passent bien. Quelques jours après, il rentre à l'hôpital, vomissant tout ce qu'il prend, amaigri, la voix éteinte. Pas de néoplasme perceptible, pas d'adénopathies.

Malgré le régime, l'état du malade ne s'améliore pas et il continue à vomir, par petites quantités, de temps en temps. Les vomissements se produisent en général peu après l'ingestion du lait.

L'amaigrissement et la cachexie vont en augmentant.

Dans le mois de mai, le malade a eu une fois un vomissement assez abondant, marc de café.

Depuis la fin d'avril, on note des douleurs vives dans la jambe gauche ; il n'y a pas d'œdème. On sent un petit cordon dur, peut-être un lymphatique.

Quelque temps après ces douleurs, apparaît, à la partie inférieure et postérieur de la jambe gauche, *une tumeur sous-cutanée, mollasse.* Cette tumeur augmente et, peu à peu, la peau s'amincit et prend à ce niveau une coloration noirâtre.

Au moment de la mort, survenue le 2 juin, la tumeur a la grosseur d'un œuf de poule.

Elle est superficielle au-dessus de l'aponévrose et commence à peine à s'ulcérer.

Autopsie. — Aux poumons, on note en un point un petit infarctus qui n'a pas l'aspect néoplasique ; il y a quelques tubercules aux sommets.

Le péricarde, près de la pointe du cœur, présente deux noyaux cancéreux blanchâtres ; rien au myocarde.

Aorte : athéromateuse.

Larynx : simplement congestionné.

Trachée : petits nodules cancéreux, sur la face postérieure, au contact de l'œsophage.

Œsophage : à sa partie moyenne se trouve une tumeur néoplasique occupant tout le tiers inférieur, mais n'arrivant pas jusqu'au cardia dont elle reste distante de deux travers de doigts. C'est surtout une infiltration cancéreuse en surface, plus qu'une vraie tumeur, resserrant beaucoup le calibre du conduit.

Estomac : suffusions hémorragiques, pas de néoplasme.

Foie et rate : pas de généralisation néoplasique.

Reins : le droit présente une tumeur cancéreuse, ramollie, de la grosseur d'un œuf de pigeon, située à la périphérie et de forme conique. Rien à gauche.

Intestin : normal.

Ganglions inguinaux : ramollis et suppurés, peut-être par infection secondaire. Les ganglions sus-claviculaires ne semblent pas envahis.

Tumeur cutanée : présente à la coupe un aspect blanchâtre et ferme ; on y voit des travées conjonctives et des points hémorragiques. Pas d'induration des lymphatiques voisins.

Examen histologique. — La tumeur a la structure d'un épithéliome pavimenteux. On voit dans la partie profonde de la peau de nombreux boyaux épithéliaux qui, en quelques points, ont même détruit le derme et arrivent à la surface.

Observation XIX

(Pigger. — Inaug. Dissert. Goettingën.)

Malade atteint de cancer de l'œsophage. Il y a des métastases au niveau de la partie antérieure du thorax, des deux côtés, sous forme de *petits nodules sous-cutanés.*

Observation XX

(Gouget. — *Leçons de clinique médicale*, 1909-1910, p. 359.)

Malade atteint d'épithéliome de l'œsophage, présente à la partie inférieure de la région dorsale, immédiatement à gauche du rachis, *un noyau* un peu oblong et irrégulier, du volume d'une petite noix, ferme, indolent, mobile sur les parties profondes, mais faisant corps avec *la peau*, qui offre, à son niveau, une teinte rouge brun.

Examen histologique de la tumeur : épithéliome pavimenteux.

MÉTASTASES SOUS-CUTANÉES DANS LE CANCER DU CARDIA

Observation XXI

(Laboulais. — In Thèse de Bourquelot. Paris, 1910.)

M. X... présente, depuis le mois d'août 1905, de la dysphagie d'abord transitoire, pour laquelle un examen œsophagoscopique est pratiqué en Allemagne où le malade séjournait à cette époque. Le diagnostic d'ulcère de l'œsophage fut porté à la suite d'un vomissement de sang constaté au même moment.

Le malade est vu pour la première fois par M. Mathieu, en novembre 1904.

La dysphagie s'est accentuée. Il peut encore cependant déglutir avec précaution des aliments solides.

L'examen radioscopique est pratiqué : tandis que le lait de bismuth passe facilement, il y a arrêt net du cachet de bismuth à la partie inférieure de l'œsophage dont les mouvements oscillatoires font conclure à une sténose organique possible avec spasme prédominant.

Le malade, ancien syphilitique, a suivi un traitement de plusieurs années. Néanmoins, il est soumis à un traitement spécifique intensif sous forme d'injections de biiodure.

Simultanément le cathétérisme est pratiqué chaque jour à l'aide de sondes molles.

Sous cette influence on constate au bout d'une vingtaine de jours qu'il est possible de faire pénétrer dans l'estomac une sonde de 10 millimètres, alors qu'au début un cathéter de moindre dimension était arrêté au niveau du cardia.

Le malade quitte Paris et continue son traitement.

Lorsqu'il revient en avril 1905, il déclare que le cathétérisme est devenu de plus en plus difficile et a plusieurs fois ramené un peu de sang. En même temps, la dysphagie s'est accentuée. A ce moment, l'examen radioscopique dénote un arrêt, même du lait de bismuth, qui fait conclure à une sténose organique. Pour cette raison et aussi parce que l'état général devient mauvais, on lui propose une gastrostomie. Elle est pratiquée le 3 mai, par le docteur Souligoux. L'alimentation devenue possible, le malade reprend du poids et des forces.

Au début de juillet, il commence à être incommodé par l'accumulation de salive dans l'œsophage. Celle-ci est rejetée sous forme de vomissement pituiteux se répétant plusieurs fois dans la journée.

Vers le milieu d'octobre, apparaissent *deux petits nodules*, l'un situé au niveau de l'épine, l'autre au niveau de l'angle de l'omoplate. Ils sont indurés, douloureux à la pression et donnent, sous les doigts, la sensation de petits kystes. La peau n'a subi aucune modification à leur niveau. Peu à peu, ils s'élargissent, atteignent les dimensions d'une pièce de 50 centimes, font une légère saillie en goutte de suif. La peau rougit ; il existe des petites veines bleuâtres

à sa surface. Le malade fait à leur niveau des applications répétées de Vigo.

M. Mathieu, consulté à nouveau, affirme leur nature néoplasique malgré les antécédents spécifiques du malade, qui pouvaient faire penser à des gommes. Il meurt en pleine cachexie à la fin de décembre 1905.

MÉTASTASES SOUS-CUTANÉES DANS LE CANCER DE L'ESTOMAC

Observation XXII

(Vidal. — *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1853).

Homme de 50 ans, vomissant depuis quatre ans, à teinte ictérique, très amaigri.

Trois tubercules cancéreux existaient *sous la peau* de l'épigastre et deux autres sous la mâchoire.

Autopsie. — Infiltration cancéreuse très étendue de la petite courbure de l'estomac. Infiltration des ganglions mésentériques, des deux muscles psoas et des deux muscles iliaques. Foie sain. Veines iliaque et crurale du côté gauche, oblitérées par des caillots.

Observation XXIII

(Millard. — *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1859).

Homme âgé de 42 ans, adonné aux liqueurs fortes, entre à l'Hôtel-Dieu le 7 janvier 1859. Il éprouvait depuis environ 9 mois, des pesanteurs d'estomac très pénibles, qu'il calmait en se faisant vomir. Une seule fois, il eut une hémorragie intestinale, suivie le lendemain d'une hématémèse assez abondante. Il avait de l'ascite et de l'œdème des membres inférieurs, contrastant avec la maigreur extrême de la face et des membres supérieurs. A la palpation, on trouve un foie

petit, sans bosselures, mais aucune tumeur en aucun point de l'abdomen.

Aucune douleur, appétit conservé.

12 janvier. — On sent pour la première fois, sur les limites de l'hypocondre droit et de l'épigastre, *deux petites tumeurs* superficielles ayant le volume et la forme d'une amande et qui s'étaient développées très rapidement à la face profonde de la paroi abdominale. Le lendemain, *une troisième tumeur* plus étendue et également superficielle est facilement sentie plus en arrière le long du rebord des fausses côtes droites.

Mort le 17 janvier.

Autopsie. — Vaste ulcération néoplasique au niveau de la petite courbure et de la paroi postérieure de l'estomac. Envahissement du corps et de la queue du pancréas. Orifice pylorique sain.

Nombreux noyaux secondaires dans le foie, le grand et le petit épiploon et dans le mésentère.

Envahissement de la face profonde des parois antérieure et latérale de l'abdomen sous forme de plaques de tissu cancéreux faisant relief sous le péritoine.

Observation XXIV

(Seitz. — *Deutsche Klinik*, 1866).

Femme de 28 ans, dont la maladie a duré huit mois.

La *peau* était de couleur pâle, parsemée de petites *tumeurs* brunes, arrondies et saillantes, saignant au moindre contact. Elle présentait les symptômes suivants : toux, hémoptisies, œdème du côté gauche du corps, vomissements, délire.

Autopsie. — Cancer de l'estomac avec propagation aux capsules surrénales et aux reins.

Tumeurs de la peau étaient cancéreuses.

Observation XXV

(Conheim. — *Virchow's Archiv*, v. 38).

Femme âgée de 47 ans, atteinte d'une tumeur de la mamelle gauche depuis trois ans. Outre une ulcération de cette mamelle, il existait des noyaux volumineux d'induration, dans celle du côté opposé ; et *sous la peau*, dans le tissu cellulaire, des *noyaux nombreux* également durs, de la grosseur d'un pois, siégeant à la partie antérieure du thorax, dans le creux sus-claviculaire, dans les aisselles, aux bras et même à la région dorsale. Aucun phénomène douloureux du côté de l'estomac.

Autopsie. — Outre les endroits mentionnés plus haut, il existe des dépôts cancéreux dans les glandes de l'aisselle des deux côtés et dans celles du cou. Noyaux également dans le foie. Au niveau de l'estomac, au voisinage du pylore, il existe de nombreuses plaques blanchâtres, indurées, du diamètre d'une pièce de un franc environ, lisses et légèrement déprimées à leur centre.

Examen microscopique montre leur identité de structure avec les tumeurs cancéreuses précitées.

Observation XXVI

(Liouville. — *Bull. de la Soc. anat.*, 1874.)

Homme âgé de 58 ans, atteint de cancer de l'estomac depuis plusieurs mois. Dans les dernières semaines de son existence, on avait vu apparaître, à la surface du corps, une série de *nodosités sous-cutanées*, quelques-unes à teinte violacée, mais toutes évidemment de nature cancéreuse.

Autopsie. — Cancer de l'estomac, infiltrant toute la paroi de ce viscère et présentant de nombreuses adhérences avec les organes voisins et avec la paroi abdominale. Généralisation au péritoine, aux faces inférieure et supérieure du diaphragme, au péricarde et aux plèvres. Rien aux poumons.

Sous la peau, les noyaux cancéreux occupent le tissu sous-cutané ;

les uns adhèrent aux parties profondes du derme, les autres en sont indépendants. Ces nodules forment comme un chapelet de petites tumeurs multiples, mais il est difficile de voir si les lymphatiques intermédiaires sont altérés et si la lésion de la peau siège dans les lymphatiques.

Observation XXVII

(Merklen. — *Bull. Soc. anat.* 1876, p. 457.)

M. X..., cultivateur, âgé de 68 ans, entre le 31 mai 1876 à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. Millard. Il souffre, depuis trois semaines, d'une douleur sourde siégeant dans le côté droit de la poitrine, nettement localisée au pourtour du mamelon ; il a perdu l'appétit. Aucun trouble appréciable des fonctions digestives ; ni diarrhée, ni vomissements.

Rien du côté de la plèvre et des poumons, ni du côté de l'abdomen.

On pense à une pneumonie latente chez un vieillard.

12 juin. — M. Millard découvre, au niveau du thorax, de l'abdomen et du dos, *des petites nodosités dures*, du volume d'une lentille, mobiles avec la peau et paraissant siéger dans son épaisseur. Il les considère comme de nature carcinomateuse et, en raison de la douleur qui persiste dans le côté droit, conclut à l'existence d'un cancer thoracique. L'état de cachexie se prononce de plus en plus ; il existe un œdème assez considérable des membres inférieurs. Les urines renferment de l'albumine.

16 juin. — Mort.

Autopsie. — A l'ouverture du thorax, grand nombre d'îlots cancéreux de la grosseur d'un pois, siégeant sous la plèvre, à la face supérieure du diaphragme, dans l'épaisseur du péricarde, à la face interne des côtes. Noyaux dans les poumons. Plusieurs ganglions cancéreux. Au niveau de l'abdomen, envahissement du péritoine, des ganglions mésentériques.

L'estomac est le siège d'une tumeur très volumineuse située au voisinage de l'orifice œsophagien sur la petite courbure. Noyaux secondaires dans le foie, dans le rein gauche. On trouve de plus,

dans l'épaisseur du muscle biceps brachial du côté droit, un noyau olivaire de même nature, du volume d'un gros pois. Cette tumeur, au premier abord, paraissait superficielle, comme les grains carcinomateux de la peau du tronc.

L'examen microscopique des pièces a montré qu'il s'agissait, dans tous les cas, d'un carcinome nettement alvéolaire.

Observation XXVIII

(Mazand. — Thèse de Paris, 1877.)

J... (Antoine), âgé de 43 ans, comptable, entre le 27 avril 1876 à l'hôpital Lariboisière.

Nombreux antécédents morbides : en 1848, chancre induré suivi bientôt de roséole et d'accidents secondaires qui disparaissent sous l'influence du traitement ; en 1866, étourdissements sans chute ni perte de connaissance ; en 1871, hémoptisie abondante qui a duré près de deux jours. A son entrée, le malade est très pâle, très amaigri, très faible. Il a de l'ascite et de l'œdème des membres inférieurs. Le foie paraît petit. On ne sent aucune tumeur au niveau de l'estomac. L'examen de la poitrine révèle tous les signes d'une tuberculose pulmonaire au 2e degré. On découvre, au niveau du cartilage de la 7e côte gauche, *une tumeur* grosse comme une amande, indolore, glissant librement *sous la peau*.

5 mai. — La dyspnée est telle que l'on pratique une ponction de l'abdomen. On en retire quatre litres d'une sérosité un peu rougeâtre, mais le liquide se reforme instantanément.

11 mai. — On constate, au niveau de l'angle postérieur de la 10e côte gauche, l'apparition d'une petite *tumeur* semblable à celle qui existe depuis longtemps au niveau de la 7e côte et *une autre* au niveau de l'épigastre.

15 mai. — Mort.

Autopsie. — Tuberculose pulmonaire bilatérale ; un peu de liquide rougeâtre dans la plèvre gauche ; grande quantité de sérosité transparente à l'ouverture de l'abdomen.

Cancer de la petite courbure de l'estomac qui laisse le cardia et le pylore intacts. Généralisation au péritoine.

Foie rétracté à surface irrégulière, mamelonnée.

L'examen histologique démontre qu'il s'agit d'une altération syphilitique.

Quant aux nodosités sous-cutanées, elles siègent en partie dans l'épaisseur des muscles et sont formées d'éléments carcinomateux.

Observation XXIX

(Roeseler. — *Virchow's Archiv*, 1879, v. 77, p. 372.)

Malade née en 1830. Antécédents héréditaires sans intérêt.

En 1877, douleurs dans l'abdomen, attribuées au nervosisme. Quelques mois plus tard, *nodules* dans la paroi abdominale antérieure et au-dessous de l'omoplate droite.

En mars 1878, *nodules sous-cutanés sur tout le corps.*

En août 1878, vomissements pour la première fois.

En octobre 1878, décès.

Autopsie : Tous les organes thoraciques et abdominaux sont sains, en dehors de l'estomac sur lequel existe une tumeur que l'examen microscopique montre cancéreuse.

Observation XXX

(Brieger. — *Charité Annalen*, 1881, v. 8, p. 109.)

Henriette Pl..., âgée de 44 ans ; très bonne santé jusqu'à 1881. Depuis ce temps, douleurs gastriques et vomissements marc de café. Ventre, en même temps, augmente de volume. Dyspnée, toux légère, élancements des deux côtés de la poitrine.

Entre à la clinique, le 14 avril 1882.

Etat actuel. — Malade de taille moyenne, cachectisée, dont la maigreur générale contraste avec le volume de l'abdomen. Fluctuations dans l'abdomen. Sonorité au niveau de la région ombilicale ; matité dans les parties déclives. A l'épigastre, à 1 cent. 1/2 de

l'appendice xyphoïde, on trouve une *tumeur* non bosselée, de la grosseur d'une pièce de cinq francs, très sensible à la pression, non mobile avec la respiration.

Poumons : râles de bronchite. Cœur : souffle systolique de la pointe. Foie : déborde légèrement. Rate : augmentée de volume. Dans le Douglas on sent, à gauche, un nodule de la grosseur d'un pois et, à droite, un autre.

Urines : 400. D : 1,025, sans albumine.

P : 86. T : 37,3. R : 36.

Le 18 avril, ponction du péritoine ; on retire 7 litres de liquide hémorragique, alcalin, de densité : 1,018.

Eléments épithéliaux dans le liquide.

Le 4 mai, nouvelle ponction, de 4 litres, de densité : 1,020.

Depuis le 30 avril, existait à gauche, sur le thorax, au milieu de la 4e côte, une *tumeur* douloureuse, sur laquelle la peau était mobile. Cette tumeur avait, le jour de la ponction, la grosseur d'un œuf de pigeon.

Le 14 mai : 3e ponction, de 5 litres, de densité : 1,020. La malade meurt le lendemain à midi.

Autopsie. — Cancer de l'estomac, avec métastases à la plèvre, au poumon, à la 4e côte, au péritoine, à la peau de la région thoracique. Ascite chyleuse. Anasarque. Insuffisance et rétrécissement mitral. Hydarthrose double. Hydropéricarde. Œdème du poumon et de la glotte.

Observation XXXI

(Regnault. — *Bull. Soc. anat.*, 1887, p. 728).

Femme âgée de 67 ans, entrée à l'hôpital de la Pitié le 20 octobre 1887. Elle dit être malade depuis cinq mois, époque à laquelle elle ressentit un affaiblissement progressif. En même temps apparaissent dans la région stomacale quelques petits *nodules*. A son entrée, on trouve sur tout le corps, au-dessous du derme, des *tumeurs* nombreuses, dures, mais avec une certaine sensation de rénitence, de

la grosseur moyenne d'une noisette. Elles roulent sous le doigt, n'accusant d'adhérences, ni avec la peau, ni avec les tissus profonds. Il n'en existe pas sur les membres ni sur la tête.

La malade vomit tout ce qu'elle prend, a une diarrhée très intense, des épistaxis fréquents. Elle se cachectise très rapidement et meurt le 13 octobre.

Autopsie. — Au niveau de l'estomac, vaste cancer en plaque, dur, ulcéré, en occupant toutes les parois. Propagation aux ganglions épiploïques et spléniques, au foie. Kyste hydatique de la grosseur d'une mandarine, occupant le lobe gauche du foie. Généralisation aux plèvres, sans pleurésie, et au péricarde.

L'examen microscopique a montré qu'il s'agit de généralisation cancéreuse.

Observation XXXII

(Fernet. — *France médicale*, 1888, p. 1686).

Homme de 49 ans, mécanicien, entre à l'hôpital Beaujon, le 9 mai 1888. Le début de sa maladie remonte à deux mois, époque à laquelle il fut heurté par une plaque de fonte du poids de 75 kilogrammes, au niveau du creux épigastrique. Quatre heures après, vomissement de sang de plus d'un litre. Jusque-là, aucun trouble gastrique. A partir de ce moment, digestions pénibles, douleurs, amaigrissement, quelquefois vomissements glaireux ou alimentaires.

Rien à la palpation ; pas de ganglions sus-claviculaires.

Après une sortie de deux mois et demi, le malade rentre très amaigri, vomissant presque tout ce qu'il prend. Les douleurs gastriques sont intolérables.

Depuis une dizaine de jours, il a remarqué qu'il se formait des petites *nodosités* sur la peau du ventre. Il est pâle, mais non jaune paille.

Toujours rien à la palpation. Les petites *tumeurs sous-cutanées* sont au nombre de 7 ou 8, sous la peau de l'abdomen, par groupes de 2, très voisines l'une de l'autre ; on en trouve quelques autres

disséminées en divers points du dos et de la partie antérieure de la poitrine. Ces tumeurs sont grosses comme une lentille à leur surface ; elles sont indolentes. La plupart roulent sous le doigt et paraissent n'adhérer ni aux muscles sous-jacents, ni à la peau ; quelques-unes seulement semblent enchâssées dans la partie profonde du derme, d'autres dans les muscles de la paroi abdominale. Pour éclaircir le diagnostic, il fut pratiqué une biopsie et l'examen microscopique montra qu'il s'agissait d'un carcinome alvéolaire.

Mort rapide.

Autopsie. — Estomac rétracté à parois épaisses et infiltrées dans toute leur étendue, par un tissu lardacé, dense, jaunâtre et demi-transparent. Les deux orifices sont respectés. Infiltration de l'épiploon gastro-hépatique. Rien ailleurs, sauf au péricarde : sur la face externe de son feuillet fibreux, on remarque des petites séries de nodules cancéreux, de la grosseur d'une tête d'épingle à la moitié d'une lentille, qui sont certainement des traînées de lymphangite cancéreuse.

En outre, symphyse péricardique, dans le tissu de laquelle il existe aussi quelques noyaux cancéreux disséminés.

Observation XXXIII

(Mirallié. — *Gaz. méd. Nantes*, sept. 1888).

Homme âgé de 45 ans, sujet depuis un an à des vomissements ; n'a jamais eu ni hématémèse, ni melaena. Depuis trois mois, il a cessé tout travail, et a maigri de 12 kilos. A l'examen, on trouve une douleur assez vive au creux épigastrique. La palpation y révèle en outre une surface résistante et la percussion donne de la matité. Le ventre est tendu, sensiblement ballonné, rénitent, le foie très légèrement hypertrophié, la rate normale. A la partie gauche et supérieure de l'ombilic, on trouve une petite *tumeur*, grosse comme un haricot. La peau n'y est pas adhérente, mais cette tumeur semble attachée aux plans sous-jacents, bien que mobile dans une certaine mesure. Cette tumeur, dure et douloureuse, ne serait apparue, d'après le dire du malade, que depuis deux jours. Si on le fait tous-

ser, cette tumeur est soulevée avec toute la paroi abdominale, mais on n'a rien de comparable à la sensation d'une hernie.

A l'insertion du 6e cartilage costal, sur la côte correspondante, on trouve une éminence douloureuse. Il existe aussi deux saillies légères également douloureuses de chaque côté du sternum sur la ligne mamelonnaire. La tumeur, peu à peu, augmente de volume en se rapprochant de l'ombilic et devient plus adhérente aux plans sous-jacents. La matité de la région épigastrique s'étend. Le ventre se ballonne ; le foie paraît augmenter de volume. C'est dans ces conditions que le malade quitte le service, pour rentrer dans le service voisin, un mois après. Il a de l'œdème des membres inférieurs et de l'ascite. Comme le malade éprouve une très grande gêne respiratoire, on pratique une ponction et on retire 8 litres et demi d'un liquide un peu louche. Il en éprouve un grand soulagement, mais il a une syncope, une heure après, dont il meurt.

Autopsie. — Carcinome de l'estomac qui intéresse la petite courbure, laisse libres les orifices, mais se complique de tumeur comprimant la veine porte. Rien au foie.

Observation XXXIV

(Goebell. — *Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie*, 1899, v. 52, p. 347).

Homme de 60 ans, qui n'avait jamais été malade, se plaint depuis six semaines de douleurs gastriques après le repas. C'est une pesanteur et une douleur au niveau de l'estomac, sans éructations ni vomissements.

Un médecin l'envoie à la clinique avec le diagnostic de cancer de l'estomac. L'aspect d'un homme de taille moyenne, maigre, pâle, dont les organes thoraciques sont sains, présentant un peu d'artériosclérose, ne semble pas en faveur d'un cancer de l'estomac. Les fonctions gastrique et intestinale semblent être normales. On remarque sur la ligne blanche, à trois travers de doigts, au-dessus de l'ombilic, une *tumeur* du volume d'une noisette, molle, irréductible et située sous une peau normale. On porte le diagnostic de lipome situé en avant du péritoine et hernie épigastrique. A l'inter-

vention, on trouve une tumeur en avant du péritoine, que l'on enlève ainsi qu'une partie du péritoine normal. On regarde l'estomac que l'on trouve sain.

Trois semaines après, le malade ne présentant plus ni pesanteurs, ni douleurs après le repas et ayant repris bon appétit est satisfait de l'intervention.

On examine alors au microscope la *tumeur*, et l'on constate qu'il ne s'agit pas de lipome, mais de cancer colloïde.

Le 8 novembre 1898, le malade a maigri. Il présente de l'anorexie et des vomissements. On sent une résistance au voisinage de la région pancréatique tandis que le malade se plaint de douleurs au même niveau. On pense à une sténose du tractus digestif.

Mort au début de décembre 1898.

Observation XXXV

(Krasting. — *Zeitschrift f. Krebsforschung*, 1906, p. 315, 1er cas.).

Malade atteint de cancer de l'estomac. Métastases au niveau du cerveau, des ganglions lymphatiques, des os et de *la peau*.

Observation XXXVI

(Krasting. — *Zeitschrift f. Krebsforschung*, 1906, p. 315, 2e cas.).

Homme chez lequel on a diagnostiqué un cancer primitif au niveau de l'estomac. Présente des métastases dans le foie, le péritoine, le pancréas, les poumons, les surrénales et *la peau*.

Observation XXXVII

(Bleichroeder. — *Virchow's Archiv.*, 1907, v. 190, p. 211).

Une femme de 48 ans, chez laquelle un cancer de l'estomac avait été diagnostiqué cliniquement, vient à l'hôpital et meurt le 11 octobre 1907. Elle présente, *sous la peau*, *un nodule* à droite, puis *un autre* à gauche, situés symétriquement de chaque côté, dans le pro-

longement de la ligne axillaire antérieure, au niveau de la dernière côte. Ces nodules sont aplatis, de la grosseur et de la forme d'une amande, durs et blanchâtres à la coupe. A l'estomac, se trouve, au niveau de la petite courbure, un large cancer ulcéré, se propageant au foie.

A l'examen microscopique, les tumeurs de la peau présentent une structure identique à celle de la tumeur primitive de l'estomac.

Observation XXXVIII

(Daus. — *Virchow's Archiv.*, 1907, v. 190, p. 199).

J. Sch., 77 ans, fut amenée le 2 janvier 1904, à l'hôpital. Elle est née d'une famille bien portante et n'a jamais été malade, si ce n'est depuis deux ans. Elle se plaint, depuis ce temps, de manquer d'appétit et d'avoir des vomissements fréquents. Depuis huit semaines environ, elle maigrit énormément et vomit tout ce qu'elle prend. Interrogée sur la présence de nombreuses tumeurs sous-cutanées, elle prétend les avoir depuis longtemps, mais elle ne peut donner, même à peu près, la date de leur apparition.

Actuellement, on remarque que la malade est très amaigrie. Sur le cou, la partie antérieure du thorax, le ventre, et au niveau des deux omoplates, on compte environ *280 tumeurs sous-cutanées*, du volume d'un grain de millet à celui d'une noisette, qui se perdent dans la peau. Dans la fosse sus-claviculaire gauche, on trouve trois à quatre ganglions lymphatiques, de la grosseur d'un pois et durs.

Poumons : quelques râles de bronchite en arrière. A la percussion, sonorité normale des deux côtés.

Cœur : rien de particulier.

Abdomen : on sent dans l'hypocondre gauche une tumeur dure, de la grosseur d'une noisette, qui se déplace avec les mouvements respiratoires. Elle est douloureuse à la pression.

Système nerveux : rien.

Urines : quantité : 400. Densité : 1,018. Traces d'albumine, pas de sucre, cylindres dans le dépôt.

R : 20. P : 88.

Le 5 janvier 1904. — La malade a vomi une fois, hier, une grande quantité de liquide marc de café. Aujourd'hui, elle se plaint de ne pas pouvoir avaler.

Le 6 janvier 1904. — Pouls très petit à peine perceptible.

Commencement d'œdème pulmonaire qui augmente dans la matinée et dont elle meurt à midi.

Autopsie. — Cadavre d'une femme plutôt petite et amaigrie. Œdème des membres inférieurs. Nombreuses nodosités sous la peau du thorax, de l'abdomen et des cuisses. Elles sont de consistance ferme, vont jusqu'au volume d'une noisette et sont sous-cutanées. Ces nodules se rangent symétriquement vers les parties externes du thorax et envahissent toute la partie supérieure de l'abdomen entre l'appendice xyphoïde et l'ombilic. Plus bas, ils sont moins nombreux et laissent la ligne blanche presque entièrement libre.

Cancer de l'estomac avec métastases au niveau du foie, du pancréas, de l'ovaire gauche et des téguments. Cancer sous-muqueux du rectum et de la vessie. Néphrite et abcès du rein. Endocardite et aortite chroniques. Hypertrophie du ventricule gauche du cœur.

Examen microscopique. — Squirre de l'estomac. Nodules sous-cutanés : même disposition histologique.

Observation XXXIX

(Faroy. — *Bull. de Soc. Anat. de Paris*, 1909).

M^me^ L..., 41 ans, blanchisseuse, souffrant vaguement de l'estomac depuis un an environ, ne présente que très peu de signes cliniques à son entrée à l'hôpital Saint-Antoine, le 17 mai 1907, dans le service du docteur Mathieu. A cette époque, en effet, on ne constate simplement que des douleurs spontanées ou provoquées, peu intenses et surtout marquées au cours de vomissements pituiteux peu abondants, jamais alimentaires, qui se montrent à une heure quelconque de la journée et une ou deux fois seulement par vingt-quatre heures ; depuis quelque temps, ces vomissements sont striés de sang et contiennent parfois de petits caillots. Mais il existe sur le

thorax et principalement sur la paroi abdominale, *une quantité de petits noyaux* au niveau desquels la peau a conservé son aspect normal. Ce sont de petites nodosités dures, grosses comme des noisettes, adhérentes à la peau et aux plans profonds et pour la plupart perceptibles à la palpation seulement. De plus, dans le sein droit, on sent une tumeur très dure du volume d'une mandarine, adhérente à la peau, mais mobile sur les plans profonds. Le mamelon n'est pas rétracté. Il n'y a pas d'adénopathie axillaire. La malade se cachectise de jour en jour davantage et meurt un mois et demi après son entrée à l'hôpital.

Autopsie. — Les nodosités pariétales sont intimement adhérentes à la peau et aux plans sous-cutanés. Il n'existe aucune nodosité dans les muscles. Cancer de l'estomac (linite plastique). Infiltration cancéreuse des ganglions de la petite courbure. Adhérence de l'estomac à la paroi postérieure de l'abdomen et au pancréas ; étranglement du côlon descendant à sa partie moyenne.

Infiltration du grand épiploon.

Aucun noyau néoplasique secondaire dans le foie.

Liquide citrin peu abondant dans la plèvre gauche.

MÉTASTASES SOUS-CUTANÉES DANS LE CANCER DU PYLORE

Observation XL

(Moreau. — *Bull. Soc. anatomique*, 1842).

S..., âgé de 57 ans, cultivateur, entre à l'Hôtel-Dieu, le 6 avril 1842. Forte constitution, tempérament sanguin. Pas d'antécédents particuliers. Le malade se plaint de douleurs dans la cuisse droite ; celle-ci est plus volumineuse que l'autre. On trouve, à la partie moyenne du fémur, une tumeur profonde, de la grosseur d'une noix, un peu aplatie, adhérente à la face antérieure du fémur, mais paraissant indépendante des muscles de la cuisse. Douleur à la pression. Mouve-

ments faciles, mais douloureux. Le tronc est examiné et l'on trouve dans les parties inférieure et antérieure de la poitrine, du côté gauche, une *tumeur* du volume d'un œuf de dinde, de forme ovalaire, dirigée transversalement et adhérente aux fausses côtes et aux muscles intercostaux correspondants. Le malade dit ne s'être aperçu de la présence de cette tumeur que depuis deux mois ; elle avait alors le volume d'une grosse noix et n'avait jamais été, avant cette époque, le siège d'aucune douleur. En examinant la surface du corps du malade, on trouve *d'autres tumeurs* moins volumineuses, au nombre de huit ou dix, de formes et de dimensions variables, en général rondes ou ovalaires et du volume d'un pois ou d'un haricot, disséminées sur la paroi abdominale antérieure et à la base de la poitrine. Ces tumeurs sont presque toutes roulantes sous la peau ; deux pourtant sont adhérentes par leur partie profonde et l'une d'elles est placée dans la ligne blanche un peu au-dessous de l'ombilic. Le malade dit ne s'être aperçu de ces grosseurs que depuis deux mois, époque où la tumeur de la base de la poitrine avait acquis un volume assez considérable pour qu'il la remarquât en s'habillant ; cette circonstance lui fit rechercher et découvrir les autres tumeurs qui n'ont pas sensiblement grossi depuis cette époque. Bon état général. Le malade se plaint seulement que, depuis huit jours, les aliments ne passent pas aussi bien. Pas de douleurs. Peau de la face légèrement jaunâtre.

Le 16 avril, le malade à la suite d'un mouvement ressent une douleur très vive dans la cuisse. On constate alors tous les signes d'une fracture du col du fémur.

Le 18 avril, douleurs lancinantes dans la tumeur de la base de la poitrine. Dyspnée : auscultation et percussion de la poitrine font reconnaître un épanchement pleurétique gauche. La maladie fait des progrès rapides et le malade succombe le 23 avril, à 11 heures du soir, 17 jours après son entrée à l'hôpital et deux mois et demi après l'apparition des symptômes.

Autopsie. — Aucune altération du cerveau, ni des os du crâne. La tumeur placée à la partie inférieure de la poitrine a tous les caractères du tissu encéphaloïde ramolli. Epanchement pleurétique et

tubercules bronchiques encéphaloïdes également à gauche. Les petites tumeurs disséminées sur la paroi abdominale sont régulières, dures, blanches, ayant l'apparence d'un marron, les unes adhérentes à la peau, les autres adhérentes aux muscles abdominaux et quelques-unes enfin libres entre ces muscles et la peau.

A l'intérieur de l'abdomen, cancer du pylore et du duodénum qui laissaient encore passer les matières contenues dans l'estomac par un canal dans lequel on peut introduire une sonde de femme. Quelques tumeurs semblables à celles de la paroi abdominale sont développées dans le mésentère et l'épiploon.

MÉTASTASES SOUS-CUTANÉES DANS LE CANCER DU DUODÉNUM

Observation XLI

(Laboulais. — In thèse de Bourquelot, Paris, 1910).

M. X..., 40 ans, se présente en avril 1909, avec des signes de sténose pylorique, ou plus exactement sous-pylorique, très serrée. A la palpation, on trouve une rénitence au niveau de l'épigastre un peu à gauche de la ligne médiane. Une gastro-entérostomie est pratiquée par le docteur Lecène, le 30 avril. Il constate une sténose de nature néoplasique, de la dernière portion du duodénum, sans envahissement ganglionnaire. Quinze jours après l'opération, le malade recommence à souffrir et est repris de vomissements espacés au début, mais qui deviennent de plus en plus fréquents. Il présente de l'ictère et, vers le commencement du mois d'août, de l'ascite. C'est également à cette époque qu'il signale un point douloureux situé à trois travers de doigts au-dessus de la crête iliaque gauche. La douleur est surtout nette à la pression. On trouve, à ce niveau, un *petit noyau* de la grosseur d'un pois, roulant sous les doigts et donnant la sensation d'un petit kyste. Depuis quelque temps déjà, on a pu constater un développement marqué de la masse néoplasique duodénale, mais il n'existe ni envahissement de la cicatrice, ni adénopathie sus-clavi-

culaire. Le petit noyau néoplasique se développpe peu. Au moment du décès (20 septembre 1909), il est du volume d'un haricot. La peau est restée intacte à ce niveau.

MÉTASTASES SOUS-CUTANÉES DANS LE CANCER DU CÆCUM

Observation XLII

(Fernet. — *France médicale*, 1889, p. 325).

Homme de 51 ans, présentant à son entrée à l'hôpital Beaujon des phénomènes d'obstruction intestinale incomplète, datant déjà de plusieurs mois.

A l'examen, tumeur assez lisse au niveau du cæcum et sur la moitié du côlon ascendant. Foie augmenté de volume, douloureux, marronné. Ictère et cachexie. A la palpation du ventre, on constate l'existence de *petits noyaux*, gros comme des pois, roulant sous les doigts, situés sous la peau de l'abdomen, près de la crête iliaque du côté gauche.

Autopsie. — Cancer encéphaloïde du cæcum et du côlon ascendant avec propagation au mésentère et au foie. Kyste hydatique du foie.

L'examen histologique des nodules sous-cutanés, pratiqué par M. Laffitte, montra qu'il s'agissait de noyaux cancéreux.

MÉTASTASES SOUS-CUTANÉES DANS LE CANCER DE L'APPENDICE

Observation XLIII

(Lejars. — *Bulletin de la Soc. de Chirurgie*, 1903, p. 96).

Homme de 27 ans, pâle, d'aspect un peu chétif et amaigri, entre à l'hôpital Tenon, en juillet 1902, pour être opéré d'appendicite à froid. Depuis le mois d'avril, il avait eu, en effet, une série de petites

crises douloureuses, larvées, sans vomissements, et caractérisées surtout par des douleurs dans la fosse iliaque droite, les reins et la région épigastrique. Cet état de souffrance se prolongeait deux ou trois semaines, puis faisait place à une période d'accalmie. En juillet, la douleur iliaque avait reparu plus intense ; l'appétit était mauvais et l'amaigrissement s'accentuait. A l'exploration, on provoquait une douleur nette au point de Mac Burney, et l'on trouvait dans la région correspondante une sorte de cordonnet épais, vertical, bien caractérisé. Le diagnostic d'appendicite chronique ne semblait donc pas douteux ; tout au plus, devait-on faire quelques réserves, en présence de l'état général du malade, sur la possibilité d'une origine tuberculeuse.

Le 26 juillet, M. Lejars pratique l'opération, fait l'incision de Jalaguier et, sans peine, amène au dehors un appendice dont le volume, la longueur, la consistance et l'aspect blanc, presque laiteux, le frappent tout de suite. Il n'y avait pas d'adhérences, pas de foyer, à proprement parler. Après ligature et section du méso, l'appendice est excisé à quelques millimètres de son émergence cæcale : incision circulaire de la tunique musculaire et retroussement d'une petite manchette ; ligature du cylindre muqueux au catgut et section au thermocautère. Au niveau de la surface de coupe, les tissus appendiculaires avaient tous leur apparence normale ; la manchette fut donc rabattue et réunie par quelques points et le petit moignon enfoui dans un pli de la paroi cæcale. Le cæcum ne présentait absolument rien d'anormal, pas plus que le segment iléo-cæcal du mésentère ; le méso-appendice était souple et mince ; aucun ganglion n'attira l'attention. La paroi abdominale fut donc réunie comme à l'ordinaire. Tout alla bien dans les douze premiers jours ; pas de réaction, plaie réunie per primam.

Le 15 août, l'opéré quittait le service, ayant repris de l'appétit, mais faible encore. Il dut, chez lui, reprendre le lit, et jusqu'à la fin septembre, il resta dans un état de plus en plus précaire, sans accidents bruyants, toutefois, n'ayant ni diarrhée, ni vomissements et très peu de douleurs, mais s'amaigrissant de plus en plus.

On le ramène dans le courant d'octobre ; les douleurs avaient

alors reparu, et, avec elles, l'abus de la morphine ; le faciès terreux jaunâtre et l'aspect cachectique ne laissaient pas de doute sur la nature de la récidive. D'ailleurs, l'examen histologique, pratiqué par M. Ménétrier, avait démontré que l'appendice enlevé en juillet était épithéliomateux ; et d'autre part, à l'examen local, on trouvait le ventre gros, tendu, mat, sur une assez large zone, dans les deux fosses iliaques, surtout à droite ; de ce côté, on percevait une série de grosses bosselures, réunies en une masse commune, dure, immobile, semblait-il, et qui se prolongeait vers le flanc. On trouvait de plus quelques ganglions dans la fosse sus-claviculaire gauche, et sous la paroi de l'abdomen, à gauche de l'ombilic, *une petite tumeur* ronde, *sous-cutanée*, des plus suspectes.

Sur les instances du malade, M. Lejars fait une incision iliaque qui ne devait être qu'exploratrice, et devait servir tout au moins à évacuer l'ascite ; il s'écoula, en effet, une quantité notable de liquide rougeâtre et l'on trouva le cæcum transformé en une tumeur épaisse, bosselée, qui remontait sur le côlon ascendant, qui s'infiltrait dans le mésentère voisin et le long du péritoine iliaque et qui formait un bloc dur absolument adhérent et fixé. Aucune indication ne pouvait être remplie et le ventre fut refermé. Cette intervention fut d'ailleurs bien supportée et améliora même quelque peu l'état du malade et ses souffrances. Il rentra chez lui au bout de quelques semaines.

Examen histologique de M. Ménétrier. — La cavité de l'appendice est conservée, elle renferme seulement, par places, des amas de globules rouges et quelques leucocytes polynucléaires ; elle est limitée par un tissu qui, vu à un faible grossissement, reproduit assez bien le dessin général de la muqueuse, avec des dépressions en forme de glandes et des saillies semblables aux prolongements interglandulaires ; mais la coloration en paraît plus uniforme, et à un plus fort grossissement, on constate qu'en effet il n'y a plus là ni glandes, ni chorion muqueux, que les dépressions ne sont pas tapissées par un épithélium cylindrique et que le tissu qui constitue les parties est un tissu néoplasique formé par l'agglomération de cellules épithéliales polyédriques et polymorphes, tassées les unes contre les autres en

amas plus ou moins volumineux, et le plus souvent en trabécules de cordons pleins, anastomosés, dans les mailles desquels se voient des capillaires sanguins, dilatés et quelques rares faisceaux conjonctifs. Ainsi est complètement transformée toute la muqueuse.

Plus en dehors, des travées conjonctives, un peu plus épaisses, la séparent de nouveaux îlots de ce tissu épithélial néoplasique, à disposition également trabéculaire, et qui remplissent complètement toute la sous-muqueuse, jusque contre les couches musculaires. Il ne reste pas trace des follicules lymphatiques de cette région.

La couche musculaire elle-même, bien que conservée, n'est pas indemne. On y voit de place en place des traînées de lymphangite épithéliale qui se prolongent également dans la séreuse et forment même des amas plus développés dans le tissu graisseux du méso de l'appendice. Les cellules épithéliales, qui par leur agglomération constituent le néoplasme, sont des cellules polyédriques irrégulières, assez volumineuses, de 20 à 30 μ en moyenne, pourvues d'un très gros noyau rond ou ovoïde, vésiculeux et renfermant un ou deux gros nucléoles. La couche de protoplasma est assez mince et les cellules étant fortement tassées les unes contre les autres, il est le plus souvent malaisé de distinguer leur contenu. Le stroma conjonctivo-vasculaire est généralement peu développé.

Le noyau métastatique sous-cutané de la paroi abdominale montre une structure identique à celle du néoplasme appendiculaire.

MÉTASTASES SOUS-CUTANÉES DANS LE CANCER DU GROS INTESTIN

Observation XLIV

(Redlich. — *Zeitschrift für Krebsforschung*, 1907, v. 5, p. 261).

Malade présentant un cancer du gros intestin ; au niveau du côlon ascendant, siègent trois ulcérations cancéreuses. Les divers organes de la cavité abdominale sont envahis, ainsi que les ganglions rétro-

péritonéaux, médiastinaux et cervicaux. On trouve encore des métastases dans le tissu cellulaire du médiastin, le corps thyroïde, *la peau* et les muscles du tronc.

Observation XLV

(Kayser. — *Archiv für Gynaekologie*, 1903, v. 68, p. 576).

Femme âgée de 57 ans, se plaint, le 20 février 1901, de douleurs abdominales remontant à six mois. On trouve dans la fosse iliaque gauche une masse résistante de la grosseur d'une pomme.

Août 1901. — Masse est toujours de mêmes dimensions.

Décembre 1901. — On trouve des *nodules sous-cutanés* dans la paroi abdominale et les deux cuisses.

Arrêt des matières. Anus contre nature.

Juin 1902. — Péritonite et mort.

Autopsie. — Adéno-carcinome du rectum, du vagin, de la vessie, de l'utérus, des ovaires. Péritonite généralisée. Néphrite parenchymateuse. Sténose cancéreuse de l'anse sigmoïde.

Histologie. — Tumeur de l'anse sigmoïde : carcinome à cellules cylindriques.

Nodules sous-cutanés : même nature.

MÉTASTASES SOUS-CUTANÉES DANS LE CANCER DU RECTUM

Observation XLVI

(Lustgarten. — *New-York dermatolog. Society*, 1896, v. 28, 4).

Malade homme, grand fumeur et alcoolique, est souffrant depuis deux mois ; anorexie et diarrhée. Depuis trois semaines, il présente de nombreux *nodules sous-cutanés*, répartis sur toute l'étendue des téguments. Ces nodules, disposés d'une façon irrégulière, sont durs à la palpation. Dans le rectum, au-dessus du sphincter, se trouve une tumeur très grosse et très dure au toucher.

Diagnostic : carcinomes lenticulaires sous-cutanés, secondaires à un cancer du rectum.

Examen histologique : carcinome.

Observation XLVII

(Lereboullet. — *Bull. Soc. anat.*, juin 1899, p. 542.)

C... (Pierre), âgé de 71 ans, est entré le 16 novembre 1898, dans le service de M. Barth, à l'hôpital Necker, se plaignant de diarrhée intense avec adynamie et amaigrissement progressif. Les symptômes ont commencé à se manifester il y a dix mois environ, mais se sont surtout accentués ces derniers jours ; actuellement, le malade a fréquemment des selles involontaires diarrhéiques très douloureuses ; il se plaint, de plus, d'un écoulement presque constant de glaires sanguinolentes et fétides à l'anus.

Il a perdu l'appétit et s'est mis à maigrir de façon marquée. Etat cachectique très prononcé. Facies pâle, blafard, creusé. Temporales très flexueuses. Artério-sclérose avancée : radiales dures et sinueuses. Hypertension artérielle très prononcée. Battements cardiaques réguliers, sans souffles, mais avec un second bruit aortique très clangoreux.

Toucher rectal : doigt pénètre dans un rétrécissement assez serré dont il n'atteint que difficilement la limite supérieure et qui paraît formé par un cancer végétant complètement circulaire, mais surtout développé aux dépens de la paroi postérieure. Il est très adhérent aux organes voisins. Il saigne facilement. La palpation abdominale révèle la présence de masses ganglionnaires, dures, du volume d'une grosse noix, dans la fosse iliaque gauche, au-dessus de l'arcade de Fallope, donnant l'impression de ganglions cancéreux. Les ganglions inguinaux proprement dits paraissent, en revanche, peu touchés.

Un peu au-dessous, dans le pli de l'aine gauche, on constate l'existence d'une petite *tumeur sous-cutanée*, de la grosseur d'une amande, formée d'une triple bosselure verruqueuse dure, couverte de poils à son sommet avec croûtelle noirâtre à sa surface, libre vers les plans profonds, absolument indolente. Le malade ne peut préciser

exactement l'époque d'apparition ; d'après lui, elle remonte à moins de dix mois. Les autres organes ne paraissent pas atteints. La cachexie fait de rapides progrès ; le malade meurt le 7 décembre.

Autopsie. — Rectum : vaste cancer circulaire adhérent aux organes voisins, atteignant presque à sa partie inférieure la marge de l'anus, remontant à 8 ou 10 centimètres au-dessus, très végétant avec induration de base marquée ; au-dessus de lui, l'ampoule est dilatée, ulcérée, présente des lésions de rectite assez intenses.

Ganglions iliaques externes sont envahis.

Foie : noyaux cancéreux secondaires.

Examen histologique. — Rectum : aspect typique de l'épithélioma cylindrique du gros intestin.

Tumeur cutanée : type de noyau secondaire cutané sous-épidermique à distance.

Observation XLVIII

(Quénu. — *Chirurgie du rectum*, 1899, v. 2, p. 137).

Malade atteint de cancer du rectum.

Métastases au niveau de la peau.

Observation XLIX

(Simon. — *Bull. de la Soc. anat.*, février 1900, p. 211).

Malade entre à l'hôpital Tenon, en septembre 1899. Déjà un peu cachectisé, il se plaignait d'avoir depuis plusieurs semaines une diarrhée abondante, fluide et rebelle à tous les traitements. Dans ses antécédents on relève une fistule rénale opérée trois mois auparavant et dont on avait fait dans le service de chirurgie une fistule bacillaire. Son neveu, venu dans le service quelques mois auparavant, y avait été soigné, pour une tuberculose pulmonaire au 3e degré. Pour toutes ces raisons, à un premier examen superficiel, on avait porté le diagnostic probable de tuberculose de l'intestin. Mais quelques jours après, en réexaminant plus complètement le malade, on trouve

sur les parties latérales du thorax et sur l'abdomen trois petites *nodosités sous-cutanées*, de la grosseur d'un pois. La peau qui les recouvrait avait conservé sa couleur normale. On mobilisait facilement ces petits noyaux sur les plans profonds, mais la peau ne glissait pas à leur surface ; enfin cette exploration était absolument indolore. En même temps, on découvrit sur les parties latérales gauches du cou un paquet ganglionnaire qui avait tout l'aspect de ganglions cancéreux. La diarrhée persistante fit alors penser à une localisation néoplasique sur l'intestin, et le toucher rectal montra en effet un rétrécissement bourgeonnant des plus caractéristiques, siégeant à 3 ou 4 centimètres au-dessus de l'anus. Les jours suivants, les petites tumeurs cutanées augmentèrent progressivement de volume ; on en vit apparaître de *nouvelles*, mais toutes situées sur le thorax et l'abdomen. Le malade se cachectisa rapidement, les membres s'œdématièrent et il mourut au bout d'un mois environ. Les tumeurs cutanées étaient alors au nombre d'une douzaine : les unes de la grosseur d'une petite noisette, les autres, les plus récentes, de la grosseur d'un pois. La peau qui les recouvrait était alors rouge, luisante, mais n'était encore ulcérée en aucun point.

Autopsie. — Cancer du rectum typique.

Histologie. — Epithélioma diffus colloïde du rectum.

Noyaux cutanés : reproduction exacte des lésions de la tumeur initiale.

MÉTASTASES SOUS-CUTANÉES DANS LE CANCER DU PÉRITOINE

Observation L

(Lancereaux. — *Atlas d'anatomie pathologique*).

M...; journalier, âgé de 56 ans, entre à l'hôpital de la Pitié, service de M. Gendrin, le 15 mars 1861. Homme grand et bien constitué, ce malade, quelques mois seulement avant son admission, à com-

mencé à souffrir de l'abdomen et, depuis lors, sa santé s'est altérée, il s'est amaigri de jour en jour.

Dès notre premier examen, le 19 mars, nous le trouvons pâle, émacié, sans troubles des organes thoraciques ; mais, à la palpation de l'abdomen, nous constatons l'existence de tumeurs multiples, arrondies, du volume d'un petit marron ou d'une noisette, dont quelques-unes du moins paraissent mobiles dans la cavité du ventre. Appétit faible, constipation habituelle et opiniâtre, fonctions urinaires normales. Dans les jours qui suivent, constatation dans l'épaisseur de la paroi abdominale d'une *tumeur* analogue à celles que renferme la cavité du ventre ; ces dernières semblent se multiplier et grossir, la maigreur progresse, la faiblesse s'accroît peu à peu et la mort a lieu le 24 avril, sans avoir été précédée d'œdème des membres.

Autopsie. — L'ouverture de la cavité abdominale montre l'existence d'une tumeur du volume d'un œuf dans l'épaisseur de la paroi, un peu au-dessous de l'ombilic. Des tumeurs analogues et plus petites, marronnées, existent en grand nombre dans la cavité du ventre, la plupart appendues au grand épiploon, quelques-unes disséminées sur le feuillet pariétal du péritoine, d'autres, enfin, envahissent le foie, la rate et l'un des reins. L'étude microscopique de ces tumeurs apprend qu'elles doivent être rangées dans la classe des cancers colloïdes.

MÉTASTASES SOUS-CUTANÉES DANS LE CANCER DU PANCRÉAS

Observation LI

(Dahms. — Inaug. Dissert. Würzburg.)

Malade présentant un cancer du pancréas. On trouve des métastases sous-cutanées constituées par des *nodules* siégeant des deux côtés de l'ombilic d'où partaient, en rayonnant, un grand nombre d'autres *nodosités*.

Observation LII

(Preti. — *Gazetta medica italiana*, 1909, nos 21-22.)

Cortese (Carlo), âgé de 72 ans, de Montesano, paysan marié, appartenant à une famille bien portante. Pas de maladies dans l'enfance ; à sept ans a commencé à travailler dans les champs. A trente ans, se marie avec une femme saine, actuellement vivante, de laquelle il eut six fils ; quatre sont morts dans leur jeunesse de fièvre typhoïde ; les autres sont encore vivants. A 42 ans, pleurésie et, depuis, a toujours joui d'une très bonne santé. Usage modéré du vin et du tabac.

En juillet, le malade a commencé à ressentir, au niveau de la région ombilicale, une douleur légère et fugace qui se mit à augmenter progressivement en intensité et en durée ; cette douleur survenait surtout après le repas et durait quelques minutes ; elle se manifestait par une sensation de pesanteur et d'oppression au niveau de l'abdomen. Bon appétit. Selles normales.

Enfin, en septembre, le malade s'aperçoit que ses fèces présentent une couleur plus pâle que de coutume.

Interrogé sur l'apparition d'une petite *tumeur*, que l'on observe, formant saillie, sous la peau de la région sous-claviculaire gauche, il ne peut rien dire, ce fait n'ayant pas retenu son attention. Ses douleurs devenant plus intenses et plus fréquentes, son amaigrissement s'accentuant, le malade entre à l'hôpital le 30 novembre.

Etat actuel. — Individu de taille moyenne bien conformé.

La peau, de couleur brune et sèche, présente, au niveau de la région sous-claviculaire gauche, dispersées çà et là, des petites *tumeurs* de forme nodulaire, de la grosseur d'un petit pois, de consistance fibreuse, non adhérentes à la peau qui semble normale ; pas d'œdème. A la palpation, les ganglions inguinaux semblent légèrement augmentés de volume et durs.

P : 72. R : 16. T : 36.6.

A la tête, au cou et au thorax, rien à signaler.

L'abdomen paraît asymétrique, légèrement déprimé du côté droit ; la région épigastrique est proéminente. Tout l'épigastre est occupé

par une masse du volume d'une tête de fœtus à terme, dure, fibreuse, ne se déplaçant pas avec les mouvements respiratoires, non mobilisable à la palpation. Durant l'inspiration, la paroi abdominale s'éloigne de la masse néoplasique. La tumeur est comprise entre les prolongements des deux lignes mamillaires ; à gauche, elle se perd dans la profondeur ; à droite et en haut, elle se confond avec le foie, en bas elle arrive à un demi-centimètre environ de la cicatrice ombilicale. En appuyant la main légèrement sur l'épigastre, on provoque un clapotage gastrique qui s'interpose entre la tumeur et la paroi abdominale. Cette interposition se vérifie en pratiquant l'insufflation de l'estomac. En insufflant le côlon, la tumeur se palpe moins distinctement. A la partie inférieure de l'abdomen, météorisme. A la percussion, tympanisme partout à l'exception de la portion située au-dessus d'une ligne transversale passant par l'ombilic, où il y a matité.

Foie. — Limite supérieure : 6e espace.

Limite inférieure : se confond avec la tumeur.

Estomac. — En introduisant 100 centimètres cubes d'eau, on délimite, par la percussion, la grande courbure de l'estomac qui arrive à 4 centimètres au-dessus de la cicatrice ombilicale ; en introduisant de nouveau 100 centimètres cubes d'eau, elle s'abaisse d'un doigt, traversant et recouvrant en partie la tumeur ci-dessus décrite. Le 1er décembre, au matin, on vide l'estomac et l'on donne un repas d'Ewald qui, extrait une heure après l'ingestion, donne 40 centimètres cubes de bouillie légèrement acide ; le liquide filtré ne donne pas la réaction de Günzbourg ; il donne, légèrement positive, celle d'Uffelmann pour l'acide lactique. Pas de sang. A l'examen microscopique : grains d'amidon.

Rate. — Non perceptible sous le rebord costal. Sa matité s'étend, du bord inférieur de la huitième côte sur la ligne axillaire postérieure, au bord supérieur de la onzième ; la ligne axillaire antérieure la traverse par le milieu.

Reins. — Non douloureux, non accessibles à la palpation.

L'urine rouge brique contient des traces d'albumine ; pas de sucre, ni albumose, ni pigments biliaires, ni acétone.

Sédiments : globules rouges et blancs, quelques cylindres granuleux, rares cellules rénales.

Fèces. — Blanchâtres ; pas de sang ; nombreuses gouttelettes de graisse, fibres musculaires et végétales, grains d'amidon.

Sang : hématies : 4,500,00 ; leucocytes : 12,000.

Dix jours après son arrivée dans le service, l'urine se charge de pigments biliaires, la conjonctive prend une teinte jaune, la peau devient nettement ictérique. D'autres *nodules sous-cutanés* apparaissent sur le thorax, l'abdomen, le dos, la face interne de l'avant-bras droit, la face antérieure de la cuisse gauche. Ces tumeurs sont de grosseur variant du volume d'un petit pois à celui d'une noisette ; non adhérentes à la peau. Œdème des membres inférieurs et du tronc. Dans le suc gastrique et les fèces apparaît du sang. Abdomen toujours plus météorisé. La ponction de l'ascite donne un liquide clair, de couleur jaune limpide, contenant des pigments biliaires, leucocytes rares avec majorité de polynucléaires. Le malade dépérit rapidement ; le nombre de ses globules rouges descend à 2,400,000, avec augmentation des globules blancs (21,000).

Le 4 janvier, entre en agonie ; le 6, meurt.

Autopsie. — Carcinome primitif de la tête du pancréas, avec propagation à l'estomac, au duodénum, au ligament hépato-duodénal et métastases au péritoine, au foie et au tissu cellulaire sous-cutané. Artério-sclérose diffuse, myocarde induré. Congestion et œdème pulmonaire. Néphrite chronique.

Examen histologique. — Pancréas : Exception faite pour la queue, plus ou moins complètement envahi par le néoplasme. Ce néoplasme est constitué par des cellules du type épithélial de forme arrondie ou polygonale.

Nodules sous-cutanés : Amas compact de cellules épithéliales arrondies ou ovalaires, réunies dans un stroma pauvre en tissu conjonctif.

MÉTASTASES SOUS-CUTANÉES DANS LE CANCER DES SURRÉNALES

Observation LIII

(Chaillous. — *Bull. Soc. anat.* Décembre 1897, p. 931).

Le nommé G..., âgé de 27 ans, typographe, entre le 2 novembre 1897, à l'hôpital Broussais, dans le service de M. Michaux, pour *tumeurs multiples de la peau* et surtout pour exophtalmie droite. En juillet dernier et sans cause apparente, le malade s'était aperçu qu'il portait, un peu au-dessus du mamelon gauche, une induration rouge de la peau, de la largeur d'une pièce de cinq francs. Vers la même époque, il sent dans son aisselle gauche une masse roulant sous le doigt, peu volumineuse et peu douloureuse. Puis de nouvelles indurations apparaissent près du mamelon droit, à deux travers de doigt au-dessus du pubis, à la partie supéro-externe du creux poplité droit, à la face externe de la jambe gauche.

Le 2 août, dans le service de M. Richelot, à Saint-Louis, on enlève au malade les ganglions de l'aisselle gauche et les différentes tumeurs disséminées sur le thorax et sur les membres inférieurs. En septembre, récidive dans la cicatrice de la région hypogastrique. En octobre, la joue droite grossit, l'aile droite du nez se dévie en dehors, la peau devient rouge et la tuméfaction gagne la paupière inférieure ; bientôt l'œil fait saillie. Un médecin ordonne de l'iodure de potassium et des frictions mercurielles ; aucune amélioration ne se produit.

Le 2 novembre, le malade entre dans le service de M. Michaux. Tout d'abord, on constate chez lui une asymétrie assez considérable de la face : tout le côté droit est tuméfié ; la peau a des teintes qui vont du noir au rouge violacé, séparées par des intervalles de peau saine. L'œil, très projeté en avant, est recouvert avec peine par les paupières œdématiées : la conjonctive est rouge et la paupière supérieure sillonnée de veines bleuâtres. La commissure labiale est déviée

du côté gauche et le nez repoussé du même côté. Par la narine droite, largement ouverte, s'écoule continuellement un liquide séreux.

Au-dessous de la paupière inférieure, la peau présente une induration violacée, indolore, de la largeur d'une pièce de deux francs ; au-dessous encore, noyau violacé qui a gagné l'aile droite du nez à la partie correspondante de la lèvre supérieure. On observe aussi une petite tumeur à la partie postéro-interne de la cuisse droite, une autre à la partie supérieure du creux poplité droit, deux autres plus petites à la face externe du mollet gauche. Chacune de ces petites masses est incluse dans la peau, ne fait pas saillie et n'adhère pas aux parties profondes. Elles sont toutes dures, indolores, arrondies et violacées. Rien dans la bouche ; voûte et voile du palais normaux. Quelques ganglions peu volumineux, indolores et sans caractères roulent dans les aisselles ou au pli de l'aine. Le malade ne se plaint que de sa difformité, il a conservé bon appétit, n'a pas trop maigri et demande qu'on le débarrasse de sa tumeur.

Les jours suivants, l'œil devient un peu plus saillant et, malgré cela, le malade n'accuse de ce côté aucun trouble fonctionnel.

Tous les soirs la température monte à 39° et s'approche parfois de 40°. On ne constate aucun trouble soit du côté du cœur, soit du côté des poumons ; les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine.

Le 7 novembre. — Chémosis considérable de la conjonctive.

Depuis deux jours, le malade dit avoir perdu l'appétit et ne boit dans la journée que quelques tasses de lait.

Le 8 novembre. — Température : 39.6.

Le 9 novembre. — Température : 38.8 le matin et 39.6 le soir.

Le 10 novembre. — Température : 38.8 le matin et 40.2 le soir. Le malade a déliré toute la nuit. La langue est sèche, l'haleine fétide.

Le 11 novembre. — Le délire augmente ; on est obligé d'attacher le malade. Température : 39.4 le matin et 39.6 le soir. Pouls : 130. Respiration : 28. Lèvres desséchées.

Le 12 novembre. — Température : 39.4 le matin et 40.4 le soir. Pouls : 128. R : 44. Dans la soirée, le malade est un peu moins agité, l'œil est moins saillant et l'asymétrie faciale a beaucoup diminué.

Le 13 novembre. — Le malade a passé une nuit assez calme. Tem-

pérature : 39.2 le matin et 39.4 le soir. Pouls toujours rapide. Langue rôtie, lèvres desséchées, haleine fétide. Dans l'après-midi, le malade peut répondre à quelques questions et dit qu'il se trouve bien. Il meurt la nuit suivante, douze jours après son entrée à l'hôpital.

Autopsie. — Faite 36 heures après la mort. L'asymétrie faciale est moins nette que le jour de l'entrée du malade à l'hôpital ; il n'existe pas d'autres indurations que celles décrites plus haut.

On enlève la petite tumeur cutanée du creux poplité.

Cerveau, cœur et poumons ne présentent aucune altération.

Le foie, un peu congestionné, pèse 1,900 et la rate, ramollie, 375.

Les capsules surrénales sont remarquables par leur poids et leur volume : la gauche pèse 265 grammes et le rein gauche 135. La capsule droite pèse 195 grammes et le rein droit 185.

Au-dessus du rein gauche et le coiffant, tout en empiétant sur la face postérieure, on voit une masse triangulaire aussi volumineuse que le rein et revêtue d'une enveloppe cellulo-adipeuse. On la décolle facilement du rein, auquel la rattache le pédicule vasculaire. A la palpation, la tumeur est mollasse, avec un noyau plus dur à la partie inféro-interne. Quand on a décapsulé la tumeur, on voit qu'elle a l'aspect d'un caillot organisé, teinte de noir, avec un fond grisâtre.

Sur une coupe médiane, traversant la tumeur, dans son grand axe, on voit que cette tumeur se compose d'un noyau central, blanc, dur, strié et d'une enveloppe épaisse d'un demi-centimètre.

La face interne de cette enveloppe est irrégulière, présente des anfractuosités dans lesquelles viennent se loger de petits caillots de sang noir. La masse périphérique s'écrase sous le doigt ; le noyau central résiste à la pression.

La capsule surrénale droite, plus petite, présente le même aspect extérieur et la même configuration.

Les reins ne présentent aucune lésion macroscopique.

Le maxillaire supérieur contient une sorte de boue gélatineuse qui le remplit entièrement : ses parois ne semblent pas altérées.

Examen microscopique. — Les capsules surrénales, les reins, le foie, la peau ont été examinés après fixation à l'alcool, inclusion dans la paraffine, coloration à l'hématoxyline éosine.

Sur une première coupe, on voit nettement se dessiner deux masses : l'une représente le caillot, formé de globules irréguliers, pressés les uns contre les autres et ne conservant presque rien de leur aspect primitif. L'autre masse se compose à son tour de deux parties qui se confondent peu à peu. La région périphérique est formée de cellules disposées en séries régulières séparées par des travées, également en rayons réguliers. Mais bientôt cette régularité disparaît ; les cellules se disséminent, se multiplient, se séparent les unes des autres tandis que s'épaississent au contraire les travées qui les séparent.

Sur une deuxième coupe, les travées régulières manquent partout et les cellules de néoformation ont tout envahi.

Sur une coupe des noyaux indurés de la peau, on aperçoit la partie profonde de ces noyaux, remplie de cellules polygonales. Ces cellules commencent à envahir le derme, mais en petit nombre.

Foie normal et reins légèrement sclérosés.

M. Gombault, après examen des capsules surrénales et des tumeurs de la peau, a conclu à l'existence d'un épithélioma primitif des capsules surrénales avec localisations secondaires dans la peau.

MÉTASTASES SOUS-CUTANÉES DANS LE CANCER DE L'UTÉRUS

Observation LIV

(Hanot. — *Bull. Soc. anat. de Paris*, 1873).

Femme âgée de 23 ans, entre le 16 janvier 1876 dans le service de M. Bucquoy. Au mois de septembre 1872, elle fut prise de vomissements, de diarrhée incessante, de douleurs et de ballonnement du ventre, tous symptômes qui persistent au moment de son entrée à l'hôpital. On constate de l'ascite et, au niveau de la région épigastrique, immédiatement au-dessus de l'ombilic, on sent trois *tumeurs* du volume d'une noisette, lisses et dures.

Le 19 février, à la visite du matin, la malade se plaint de petits

boutons qu'elle sent à la paroi antérieure de la poitrine. En effet, à 2 centimètres du bord gauche du sternum, au niveau de la cinquième côte, on voit cinq *nodosités* du volume d'un petit pois, groupées en une saillie sur laquelle le tégument a conservé sa teinte normale, sur laquelle aussi il peut glisser facilement.

Le 22 février, apparaissent deux autres *nodosités* à quelques millimètres de la saillie primitive.

Enfin, le 28 février, on en sent *une autre* dans le troisième espace intercostal gauche, à cinq centimètres du bord sternal, et, le 4 mars, *trois nouvelles* au même endroit.

La malade accuse uniquement des démangeaisons à ce niveau.

Mort le 10 mars.

Autopsie. — Bloc cancéreux occupant tout le petit bassin, englobant l'utérus, la vessie, le rectum et les anses intestinales. Généralisation au péritoine, au tissu cellulaire du médiastin postérieur, aux plèvres, au péricarde.

Lorsqu'on dissèque la paroi antérieure du côté gauche du thorax, la peau s'enlève partout facilement ; dans l'épaisseur du tissu cellulaire sous-cutané, presque immédiatement en dehors du bord gauche du sternum, dans le cinquième espace intercostal, on trouve un groupe de douze petites tumeurs grisâtres, atteignant chacune au plus le volume d'un petit pois et reliées entre elles par des prolongements filiformes. Dans le troisième espace intercostal, il existe trois de ces mêmes nodosités aux mêmes points. On rencontre quelques petites tumeurs semblables engagées dans l'épaisseur des muscles intercostaux et faisant une légère saillie dans la cavité thoracique. Puis partent des prolongements filiformes grisâtres qui vont se perdre dans le tissu cellulaire du médiastin antérieur. Rien à noter ailleurs.

Examen microscopique. — Il a démontré que les masses diverses de nouvelle formation, qui ont envahi le péritoine, l'épiploon, le mésentère, le diaphragme, les plèvres, sont constituées, comme les nodosités de la paroi antérieure du thorax, par du tissu colloïde.

Observation LV

(Dubreuilh. — *Bull. Soc. anat. de Bordeaux*, 1889).

Femme de 56 ans qui, depuis plusieurs semaines, a remarqué sur la poitrine et surtout sur le sein gauche des petites *tumeurs* dures, enchâssées dans la peau, du volume d'un grain de chènevis et faisant une légère saillie. Pendant une crise épileptiforme, le côté droit du ventre a été envahi par une éruption de grosses nodosités d'un rouge violacé apparues sinon brusquement, du moins très rapidement. Les plus petites ont le volume d'un grain de chènevis, les plus grosses celui d'une amande. L'éruption gagne le côté gauche et s'arrête à la moitié de la cuisse.

Les ganglions des aisselles, des aines et du cou sont volumineux et indurés.

Mort dans le coma après de nombreuses crises d'épilepsie symptomatique.

Autopsie. — Lésions de tuberculose aux poumons.

Péritonite cancéreuse. Tuméfaction des ganglions mésentériques et lombaires. Hydronéphrose à droite. Noyaux secondaires du foie et de la rate. Néoplasme du col de l'utérus. Thrombose du sinus longitudinal supérieur ; ramollissement hémorragique du cerveau.

L'examen histologique a montré qu'il s'agissait de généralisation d'un cancer de l'utérus.

Observation LVI

(Wagner, Blau et Dyboswki. — *Zeitschrift f. Geb. u. Gyn.*, 1893, v. 27, p. 101).

Malade atteinte de cancer de l'utérus. Il existe des métastases au niveau du foie, des poumons, de l'estomac, de l'intestin, du cerveau, des muscles, des os et de *la peau*.

Observation LVII

(W.-A. Freund. — *Hegar's Beitraege zur Geb. u. Gyn.* 1898, v. 1, p. 3).

Femme présentant un cancer du corps de l'utérus et de l'ovaire. Il y a des *métastases sous-cutanées* dans la paroi abdominale antérieure.

Observation LVIII

(Gebhard. — *Zeitschrift f. Geb. u. Gyn.* 1901, v. 45, p. 405).

Malade chez laquelle existe un cancer utérin. On observe des *métastases sous-cutanées* dans la paroi abdominale antérieure.

Observation LIX

(Petersen. — *Archiv f. Dermat. u. Syph.*, 1904, v. 70, p. 313).

Femme M..., âgée de 50 ans, vient à l'hôpital le 1er décembre 1899. Elle présentait un cancer de l'utérus inopérable. La voûte du vagin était envahie par une énorme ulcération cancéreuse. La vulve et les régions qui l'environnent, rouges, enflammées, étaient le siège d'un écoulement abondant et puriforme. Parmi cette peau rosée et jusque dans toute l'étendue de la cuisse, on trouve un très grand nombre de petits *nodules* de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'un pois.

A *l'autopsie*, on trouve encore des métastases dans les ganglions iliaques et mésentériques et jusque dans les poumons.

Examen histologique. — Carcinome.

MÉTASSES SOUS-CUTANÉES DANS LE CANCER DE L'OVAIRE

Observation LX

(Spiegelberg. — *Monatschrift f. Geburtskunde u. Frauenkrankheiten*, 1859, v. 14).

Femme atteinte de cancer de l'ovaire. Il y a des *métastases sous-cutanées* dans la paroi abdominale.

Observation LXI

(Brieger. — *Charité Annalen*, 1881, v. 8, p. 118).

Betty L..., 19 ans, couturière, a été ovariotomisée à gauche cette année en janvier. A ce moment, pas d'ascite, péritoine intact. Quelques semaines après l'opération, ventre douloureux. Le 27 juin, on retire, par ponction, 7 litres de liquide hémorragique.

Antécédents tuberculeux chez la malade ; parents morts de tuberculose. Elle-même présente, à l'examen, des signes de tuberculose. Ventre énorme contenant de l'ascite.

Le 7 juillet. — Ponction de 6 litres. Foie légèrement augmenté de volume ; rate normale.

Le 19 juillet. — Ponction de 5 litres.

Le 27 juillet. — Ponction de 6 litres.

Le 29 juillet. — Exitus.

Autopsie. — Cancer généralisé du péritoine. *Métastases à la peau*, au poumon. Pleurésie double.

Dans la paroi de l'abdomen, nombreuses *tumeurs* du volume d'un pois à celui d'une cerise ; elles se rangent le long de la cicatrice, allant de l'ombilic à la symphyse, et rayonnent de cette cicatrice vers toute la paroi abdominale.

Observation LXII

(Frank. — *Prager medic. Wochenschrift*, 1891, p. 255).

Malade âgée de 24 ans, vient pour la première fois à l'hôpital le 24 juin 1889. Il y a un an, elle a eu un enfant bien portant. Dix semaines après la naissance de cet enfant, augmentation de volume de l'abdomen et douleurs dans le bas-ventre.

Actuellement, la tumeur abdominale remonte jusqu'à quatre travers de doigts de l'appendice xyphoïde. Cette tumeur est élastique, mate à la percussion.

Diagnostic : kyste de l'ovaire droit.

Le 1er juillet. — Ovariotomie.

Le 9 février 1891, la malade revient pour la seconde fois. Elle a eu un enfant vivant l'année précédente. Elle présente à l'examen une tumeur abdominale remontant à quatre travers de doigts au-dessous de l'ombilic. On remarque, de plus, des *nodules sous-cutanés* situés, les uns le long de la cicatrice opératoire, d'autres, du volume d'un pois, disséminés dans la paroi abdominale et, enfin, un autre, de la grosseur d'une prune, siégeant à la partie interne de la rotule droite.

Examen histologique d'un de ces nodules : adéno-carcinome.

La tumeur est inopérable.

Observation LXIII

(Emanuel. — *Zeitschrift f. Geb. u. Gyn.*, 1893, v. 27, p. 68).

Le 24 août 1877. — Malade en bonne santé jusqu'à cette époque. Réglée depuis l'âge de 18 ans, régulièrement, sans douleurs. Depuis trois ans, l'abdomen semble plus gros, mais n'est pas douloureux. Depuis huit semaines, il existe dans le côté gauche des douleurs, qui depuis deux semaines sont particulièrement fortes. La malade remarque aussi une tumeur à droite.

A l'examen, on trouve une tumeur qui s'étend jusqu'à trois travers de doigts au-dessous de l'ombilic, plutôt large que haute.

Le 6 septembre. — Ovariotomie. La malade est guérie le 20 octobre.

Toujours bien portante après l'opération jusqu'en septembre 1892. A ce moment, fistule au niveau de la cicatrice.

Examen du 25 septembre. — La cicatrice est infiltrée, sur toute sa longueur, et sur une largeur de trois doigts. Fistule au milieu. A droite de l'ombilic, dans la paroi abdominale, on trouve un *nodule* de la grosseur d'un haricot, dont *l'examen histologique* révèle l'origine cancéreuse.

MÉTASTASES SOUS-CUTANÉES DANS LE CANCER DES GANGLIONS LYMPHATIQUES

Observation LXIV

(Harrison. — *London med. gaz.*, mars 1843).

Femme de 50 ans, présente dans l'aine une *tumeur* de la grosseur d'un haricot qui devient bientôt de la grosseur d'un œuf de poule. En même temps, anorexie, troubles digestifs et douleurs épigastriques. On trouve *d'autres tumeurs* semblables à la tumeur primitive au niveau du tronc, de la nuque et de la tête.

A *l'autopsie*, on trouve des tumeurs semblables au niveau du cœur, du péritoine et du mésentère.

Observation LXV

(v. Recklinghausen. — *Wien. klin. Wochenschrift*, p. 350).

Malade atteint de cancer des ganglions lymphatiques. On trouve des métastases, nodules ou cancer diffus, dans la muqueuse et la sous-muqueuse de la vessie, de la vésicule biliaire, du bassinet, de l'intestin, de l'estomac ; dans *la peau*, on constate la présence de *métastases nodulaires*.

MÉTASTASES SOUS-CUTANÉES DANS LE CANCER DE LA COLONNE VERTÉBRALE

Observation LXVI

(Charcot. — In Lereboullet. *Bull. Soc. anat. de Paris*, 1899, p. 545).

Malade atteint de cancer primitif de la colonne vertébrale ; il existe des métastases au niveau *de la peau*.

CONCLUSIONS

I. Les métastases sous-cutanées du cancer épithélial sont une généralisation de cette variété de néoplasme, caractérisée par la présence d'amas épithéliaux situés dans le tissu cellulaire sous-jacent aux téguments.

II. Ces sortes de métastases sont rares ; nous n'avons pu en retrouver que soixante-six cas, parmi le nombre considérable de cancers que dénoncent les statistiques.

III. La généralisation au tissu cellulaire sous-cutané des cancers épithéliaux semble se faire par voie lymphatique, principalement par le mécanisme de l'embolie rétrograde ; la voie sanguine semble également prendre part à la formation de ces métastases et, dans certains cas, les séreuses, péritoine et plèvre, jouent également un rôle important.

IV. Les métastases sous-cutanées du cancer épithélial se présentent sous forme de nodules variant du volume d'un grain de mil à celui d'un œuf, dont le nombre varie de un à trois cents, et siègent dans les téguments des parois thoracique et abdominale, plus rarement du cou, de la tête et des membres.

V. L'examen histologique de ces nodules montre tous les éléments du carcinome, mais le caractère histologique spé-

cial du carcinome secondaire est que les masses néoplasiques sont sans connexion avec l'épiderme.

VI. Les nodules sous-cutanés métastatiques sont indolents, se présentent sous une forme arrondie, sont mobiles et n'adhèrent pas, au début du moins, avec les plans sus et sous-jacents. La peau qui les recouvre garde sa coloration normale.

VII. Le diagnostic clinique est à faire avec d'autres affections sous-cutanées, mais le diagnostic positif sera établi par l'examen histologique.

VIII. Le traitement de ces métastases est illusoire, car leur présence même indique une généralisation avancée du cancer, incompatible, à l'heure actuelle, avec quelque traitement que ce soit.

IX. La présence de ces tumeurs a une certaine valeur pronostique et clinique : elle assombrit totalement le pronostic ; elle permet de confirmer ou d'établir un diagnostic de cancer, de réformer un diagnostic erroné.

Vu :
Le Président de Thèse,
MAURICE LETULLE.

Vu :
Le Doyen,
LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Boinet et Olmer. — Pleurésie cancéreuse secondaire à prédominance fibreuse. — *Revue de médecine*, 1903, page 717.

Bourquelot. — *Des généralisations extra-thoraco-abdominales du cancer de l'estomac.* — Thèse de Paris 1910.

Brieger. — Beitrag zur klinischen Geschichte der carcinomatoesen Peritonitis. — *Charité-Annalen*, 1881. Vol. 8, page 109.

Chaillous. — Epithéliome des capsules surrénales avec noyaux secondaires de la peau. — *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1897, page 931.

Conheim. — *Virchow's Archiv*, 1867. Vol. 38.

Dahms. — Inaug. Dissert. Würzburg.

Darier. — *Précis de Dermatologie.*

Daus. — Ueber sekundaere Hautkrebse. - - *Virchow's Archiv*, 1907. Vol. 190, page 196.

Delbet. — Cancer du sein. — In Duplay et Reclus. Tome V.

Dubreuilh. — *Bulletin de la Société anatomique de Bordeaux*, 1889, page 51.

Emanuel. — Ueber maligne Ovarialtumoren mit Bildung von Primordialeiern. — *Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynaekologie*, 1893. Vol. 27, page 68.

Faroy. — Linite plastique cancéreuse. — *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1909, page 75.

Fernet. — Sur un cas de carcinome généralisé secondaire à un cancer de l'estomac. — *Bulletin de la Société clinique*, 1888.

Fernet. — *France médicale*, 1888, pages 1686, et 1889, page 325.

Frank. — Ueber Karzinombildung in der Bauchnarbe nach Ovariotomien. — *Prager med. Wochenschrift*, 1891, page 255.

Freund. — Ueber die Methoden und Indikationen der Totalesextirpation des Uterus. — *Hegar's Beitraege zur Geburtskunde und Gynaekologie.* 1898. Vol. 1.

Goebell. — Ein Bauchwandcarcinom der Regio epigastrica. — *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie.* 1899. Vol. 52, page 347.

Gouget. — Sarcomatose sous-cutanée multiple. — *Leçons de clinique médicale*, 1909-1910, page 359.

Handford. — Two cases of mediastinal cancer. — *Pathol. Transact.* 39, page 48.

Hanot. — *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1873.

Harrison. — *London med. Gaz.*, mars 1843.

Harrison. — *Schmidt's Jahrbuch*, 1844. Vol. 42, page 75.

Hayem et Lion. — Cancer de l'estomac, in Brouardel et Gilbert. Tome IV.

Heimann. — Die Verbreitung der Krebserkrankung, die Haüfigkeit ihres Vorkommens an den einzelnen Koerpertheilen und ihrer chirurgischen Behandlung. — *Arch. für klinische Chirurgie.* Vol. 57, page 911, et vol. 58, page 31.

Hutinel. — *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1874.

Japha. — *Ueber primaeren Lungenkrebs.* — Inaug. Dissert. Berlin, page 23.

Kayser. - Ueber einen in pathol-anatom. und klinischer Hinsicht bemerkenswerten Fall eines Dickdarmkarzinoms mit Ovarialmetastasen und ausgedehnter Karzinomerkrankung der Haut. — *Archiv für Gynaekologie*, 1903. Vol. 68, page 576.

Krasting. — Beitrag zur Statistik und Kasuistik metastatischen Tumoren. — *Zeitschrift für Krebsforschung*, 1906, page 315.

Lancereaux. — Carcinome colloïde du péritoine. — *Atlas d'anatomie pathologique.*

Lejars. — Cancer primitif de l'appendice. Récidive et généralisation rapides. — *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1903, page 96.

Lereboullet. — Cancer du rectum. Noyau secondaire à la peau. — *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1899, page 542.

Lévi. — Gros nodule épitheliomateux de la peau secondaire à un cancer de l'œsophage généralisé. — *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1897, page 701.

Liouville. — *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1874.

Lustgarten. — Ein multiples lenticulaeres metastatisches Carcinom der Haut. — *Archiv für Dermatologie und Syphiligraphie*, 1897. Vol. 41, page 112.

Mathieu Sencert et Tuffier. — Cancer de l'estomac. — *Thérapeutique médico-chirurgicale des maladies de l'estomac.*

Mazand. — *Des nodosités sous-cutanées dans le cancer viscéral.* Thèse de Paris, 1877.

Ménétrier. — Le cancer. — In Brouardel et Gilbert.

Ménétrier et Clunet. — Contribution à l'étude de la radiothérapie des cancers épithéliaux. — *Archives de médecine expérimentale*, 1908. Vol. 20, page 159

Merklen. — *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1876, page 457.

Millard. — *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1859.

Milner. — Giebt es « Impfcarcinome »? — *Archiv für klinische Chirurgie*, 1904. Vol. 74, page 693.

Mirallié. — Cas de cancer de l'estomac avec généralisation secondaire à l'ombilic. — *Gazette médicale de Nantes*, septembre 1888.

Moreau. — Généralisation à la peau d'un cancer du pylore. — *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1842.

Paessler. — Ueber das primaere Carcinom der Lunge. — *Virchow's Archiv*, 1896. Vol. 145, page 191.

Petersen. — Zur Frage des Impfcarcinoms. — *Archiv für Dermatologie und Syphiligraphie*, 1904. Vol. 70, page 313.

Pigger. — Inaug. Dissert. Goettingen.

Preti. — Metastasi cancerigne nel sotto-cutaneo. — *Gazetta medica italiana*, 1909, nos 21-22.

Quénu. — *Chirurgie du rectum.* Vol. 2, page 137.

Quénu. — Carcimone. — In Duplay et Reclus, tome Ier.

Recklinghausen. — Ueber primaeren Lymphdrüsenkrebs. — *Wien. klin. Wochenschrift*, page 350.

Redlich. — Die Sektionsstatistik des Carc. am Berl. staedt. Krankhaus a. Urban nebst kasuistischen Beitraegen. — *Zeitschrift für Krebsforschung*, 1907. Vol. 5, page 261.

Regnault. — *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1887, page 728.

Roeseler. — Ein Fall von multiplem Hautkarzinom. — *Virchow's Archiv*, 1879. Vol. 77, page 372.

Saenger. — Ueber Hirnsymptome bei Carcinomatose. — *Neurologisches Centralblatt*, 1901, page 1089.

Schaeffer. — Ueber einen Fall von Impfrezidiv in der vorderen Bauchwand. — *Zeitschrift für Geburtskunde und Gynaekologie*, 1901. Vol. 45, page 405.

Schmidt. — Herpetische Eruptionen als Vorstadium eines Hautcarcinoms neben Herpes Zoster. — *Archiv für Dermatologie und Syphiligraphie*, 1904. Vol. 70, page 321.

Seitz. — *Deutsche Klinik*, 1866.

Simon. — Cancer du rectum généralisé à la peau. — *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1900, page 211.

Spiegelberg. — Ein Beitrag zur Anatomie und Pathologie des Eierstocks. — *Monatsschrift für Geburtskunde und Frauenkrankheiten*, 1859. Vol. 14.

Stropeni. — Klinische und histopathologische Beobachtungen an einem intra vitam diagnostizierten Fall von bronchialem Adenocarcinom mit Hautmetastasen. — *Zeitschrift für Krebsforschung*, 1910. Vol. 9, page 1.

Velpeau — Cancer du sein. — In Le Dentu et Delbet, tome VII.

Vidal. — *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1853.

Winter. — Ueber die Rezidive des Uteruskrebses insbesondere über Impfrezidive. — *Zeitschrift für Geburtskunde und Gynaekologie*, 1893. Vol. 27, page 101.

TABLE DES MATIÈRES

Pages

AVANT-PROPOS

Définition 9

Historique 11

Etiologie 15

Pathogénie 19

Voie lymphatique 19

Voie sanguine 22

Voie des séreuses 23

Anatomie pathologique 25

Histologie 27

Examen du sang 28

Examen des urines 29

Symptomes et diagnostic 30

Traitement 35

Valeur clinique 38

OBSERVATIONS. 41

Métastases sous-cutanées dans le cancer du sein 41

— — — du médiastin..... 45

— — — des bronches..... 47

— — — du poumon..... 50

— — — de la plèvre..... 51

— — — du pharynx.. ... 53

— — — de l'œsophage. .. 54

— — — du cardia..... 56

— — — de l'estomac..... 58

— — — du pylore..... 71

— — — du duodénum ... 73

— — — du cœcum..... 74

Pages.

Métastases sous-cutanées dans le cancer de l'appendice.... 74
— — — du gros intestin.. 77
— — — du rectum..... 78
— — — du péritoine 81
— — — du pancréas 82
— — — des surrénales... 86
— — — de l'utérus..... 89
— — — de l'ovaire..... 92
— — — des ganglions lymphatiques 95
— — — de la colonne vertébrale..... 95

Conclusions 97

Index bibliographique..... 99

Orléans. — Imp. Auguste Gout et Cie — 1975 — 10/13.